



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

DEL REGLAMENTO DE GRADUACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

PUBLICADO BAJO LA LICENCIA CREATIVE COMMONS

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Unported.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



“No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.”

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ”
ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

**“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL AUMENTO DE
CASOS DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD”**

**REALIZADO EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR
ESPECIALIZADA UNICENTRO Y UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD
FAMILIAR INTERMEDIO SOYAPANGO; EN EL PERÍODO COMPRENDIDO
ENTRE JUNIO 2016 A MARZO DE 2017”**

**TESIS REALIZADA PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA.**

POR:

BR. LAURA MARISSOLA HERNÁNDEZ NIETO.
BR. ROSA MERCEDES PERDOMO SOLÓRZANO.

ASESORADO POR:

LICDA. SANDRA YANETH MARTÍNEZ DE HERNÁNDEZ.

ANTIGUO CUSCATLÁN, LA LIBERTAD, 1 DE ABRIL DE 2017.

AUTORIDADES

Dr. David Escobar Galindo

RECTOR

Dr. José Enrique Sorto Campbell

VICERRECTOR

Dr. José Enrique Sorto Campbell

VICERRECTOR ACADÉMICO

Dr. José Nicolás Astacio Soria

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“DR. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ”

Lcda. Aída Esperanza López de Rodríguez

DIRECTORA DE LA ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA

Lcdo Jonnatan Aníbal Vigil Flores

PRESIDENTE DEL JURADOR EVALUADOR

Lcda. Merlín Nallyni Gómez Vda. De Flores

JURADO EVALUADOR

Lcda. Gloria Alicia Menjivar

JURADO EVALUADOR

Lcda. Sandra Yaneth Martínez Hernández

ASESORA

ANTIGUO CUSCATLÁN, LA LIBERTAD, 1 DE ABRIL DE 2017



ACTA DE EVALUACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

En la Facultad de Ciencias de la Salud Dr. Luis Edmundo Vásquez, de la **UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO**, a las ocho horas con treinta minutos del día uno del mes de abril del años dos mil diecisiete.

Reunidos los suscritos miembros del Jurado Examinador del Trabajo de Tesis titulada:

"Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de edad"

Presentada por el (los) la (s) Bachiller (es):

1. Laura Marissela Hernández Nieto ✓
2. Rosa Mercedes Perdomo Solórzano
- 3.

Para optar al Grado de:

Licenciada en Enfermería

HACE CONSTAR QUE: Habiendo revisado y evaluado en forma individual su contenido escrito, de conformidad al Art. 41, 42 y 43 del Reglamento de Graduación

ACORDARON DECLARARLA:

- ☐ APROBADA SIN OBSERVACIONES
☒ APROBADA CON OBSERVACIONES
☐ REPROBADA

No habiendo más que hacer constar, damos por terminada la presente acta que firmamos, entregando el original a la Secretaría de esta Unidad Académica.

Lic. Jonnatan Anibal Vigil Flores
Presidente

Lcda. Gloria Alicia Menjívar de Molina
1^{er}. Vocal

Lcda. Merlín Nallyni Gómez Viuda de Flores
2^{do}. Vocal



Agradecimientos

Primeramente, le doy Gracias a Nuestro Señor, por haberme concedido la vida, la salud y la oportunidad de culminar mis estudios universitarios, por ayudarme en los momentos difíciles, agotadores, enviándome a personas especiales a mi vida quienes influenciaron de manera positiva para ser cada día más fuerte; por darme como padres a Juan Marcos Hernández Zaldaña y Rosa Miriam Nieto de Hernández seres responsables quienes fueron una pieza fundamental en mi vida personal y durante la carrera.

A mi hermana Yessi Carolina Nieto por su ayuda cuando más lo necesité. A mis sobrinos Esteban y Héctor. A mi prometido Rommel Alexander Ardón quien me ayudó sin condiciones en todo momento y dándome ánimos para culminar mi carrera, quien siempre creyó en mi capacidad de salir con sus las demandas

A mis tías Gloria Marina Nieto, Dora Alicia Hernández y mi prima Marcela Menjívar Nieto, quienes no se negaron en ayudarme cuando se los solicité.

Gracias a todos los docentes de la Escuela Superior de Enfermería quienes forjaron mi persona y profesionalismo con sentido humano, por su paciencia en cada clase y prácticas; a la Directora Lcda. Aída López quien hizo posible la aprobación de éste trabajo, a nuestra asesora Lcda. Sandra Yaneth Martínez, quien nos ayudó a ser posible nuestro anhelo de culminar la tesis hasta su defensa.

De una manera especial le doy gracias a mi compañera de tesis, Rosa Perdomo, por aceptar en realizar la investigación juntas, trabajando hombro a hombro hasta su finalización, por sus palabras de ánimo y compañerismo.

Laura Marissela Hernández Nieto

En primer lugar, agradezco a Dios por permitirme terminar mis estudios universitarios y tener muchas de las experiencias satisfactorias a lo largo de la carrera.

Sin dejar atrás, de igual forma, doy gracias a mi madre y abuela, Xochilt Eloísa Soria de Perdomo y Rosa Mélida Solórzano Solís; por apoyarme en mis estudios de Licenciatura en Enfermería, de una forma emocional y económica para poder cumplir mis sueños de ser una profesional ya que siempre estuvieron en los momentos más importantes en mi vida.

Agradezco a Lcda. Aída López por hacer de una forma oficial mi proceso de graduación como profesional de salud. Doy gracias a mis docentes Lcda. Blanca Leticia Martínez, Lcdo. Jonnatan Vigil, Lcda. Carlota Pascasio, por hacerme la profesional que soy, ya que contribuyeron a mi formación académica.

A mi asesora de tesis, Lcda. Sandra Martínez le agradezco por ayudarme a poder realizar y finalizar mi tesis y poder guiarme tanto académico como en mi vida personal durante toda mi carrera.

Rosa Mercedes Perdomo Solórzano

Índice

Contenido

Siglas y Acrónimos.....	8
Resumen.....	9
Introducción.....	10
I. Planteamiento del Problema.....	12
a. Generalidades del problema.....	12
b. Situación Problemática.....	13
c. Delimitación del Problema.....	15
d. Enunciado del Problema.....	16
II. Marco de Referencia.....	16
a. Conceptualización del adolescente.....	16
b. El proceso de construcción de la identidad.....	17
c. Importancia de la amistad en los procesos afectivos.....	19
d. Adolescencia y sexualidad.....	22
e. La adolescencia y el embarazo.....	28
f. La adopción teórica para el estudio.....	31
III. Objetivo del Estudio.....	32
a. Objetivo General.....	32
b. Objetivo Específico.....	32
IV. Sistema de Hipótesis.....	33
a. Hipótesis de Trabajo.....	33
b. Hipótesis Nula.....	33
V. Sistema de Variables.....	34
a. Definición de Variable.....	34
b. Esquema de Relación de Variable.....	35
c. Matriz de Congruencia.....	36
VI. Diseño Metodológico.....	41
a. Tipología del Estudio.....	41

b.	Área Geográfica.....	41
c.	Población y muestra	41
d.	Observaciones.....	43
e.	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	43
f.	Procedimiento.....	44
g.	Procesamientos y análisis.....	45
h.	Prueba piloto.....	45
i.	Consideraciones Éticas.....	45
VII.	Resultados.....	46
a.	Análisis estadístico descriptivo.....	46
b.	Análisis de Hipótesis	81
VIII.	Discusión de Resultado.....	84
IX.	Conclusión y Recomendaciones	86
a.	Conclusiones.....	86
b.	Recomendaciones.....	87
	Referencias.....	88
	Anexos.....	93
	Anexo 1. Cronograma.....	94
	Anexo 2. Presupuesto.....	95
	Anexo 3. Asentimiento informado.....	96
	Anexo 4. Consentimiento informado.....	97
	Anexo 5. Instrumento de recolección de datos.....	98
	Anexo 6. Mapa Geográfico UCSFEU.....	101
	Anexo 7. Mapa Geográfico UCSFIS.....	102

Siglas y Acrónimos

UCSFEU: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada Unicentro.

UCSFIS: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedio Soyapango.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual.

SSRH: Salud Sexual y Reproducción Humana.

FESAL: Encuesta Nacional de Salud Familiar

DIGESTIC: Dirección General de Estadística y Censos

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral

MINSAL: Ministerio de Salud.

ISNA: Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia.

LEPINA: Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.

Resumen

Los factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazo en la adolescencia son varias las razones y dentro de los factores encontramos: la familia disfuncional, falta de educación sobre la sexualidad, influencia de pares en los mitos y creencias entre sus amistades.

La investigación se llevó a cabo en la UCSFE Unicentro y UCSIF Soyapango, con adolescentes embarazadas en las edades de 15 a 19 años, primigestas, inscritas en el Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer; con el propósito de dar estrategias para la disminución de los casos de embarazos en este grupo etarios.

El estudio es de tipo analítico y descriptivo ya que se relacionan las variables: disfuncionalidad familiar, mitos, creencias y la afectividad, como las posibles causas del aumento de embarazos en las adolescentes, más no así sus efectos; es de forma transversal, en la cual se suscriben en un periodo de tiempo comprendido entre junio 2016 a marzo del 2017; cuantitativo porque se utilizó la estadística descriptiva y análisis de hipótesis para procesar la información y dar una explicación del fenómeno. Para la recolección de los datos se utilizó la encuesta y como instrumento el cuestionario compuesto por 26 ítems y tomando una muestra aleatoria de 106 adolescentes embarazadas.

Durante la realización del análisis de datos se pudo evidenciar que la edad más sobresaliente en las embarazadas oscila entre los 19 años, quienes en su mayoría están acompañadas con un nivel educativo básico hasta el tercer ciclo, bachillerato interrumpido por el estado actual en que se encuentra; además se evidencia poco conocimiento acerca de la educación en afectividad y sexualidad humana.

Palabras claves: Factores socioculturales, embarazo en adolescentes, disfuncionalidad familiar, afectividad, mitos y creencias, influencia de pares.

Introducción

La adolescencia es la transformación de la persona de niño a adulto, donde surgen cambios físicos y mentales, según la educación y orientación que reciba para la vida en la familia, escuela y sociedad, así serán las decisiones que retome para enfrentarse a los problemas y dificultades que debe pasar mientras llega a la edad adulta.

Para algunos adolescentes, esta etapa de la vida es donde se forman los ideales, pero para otros pueden considerarse como un momento de conflictos por los cambios de personalidad mientras reciben críticas de parte de la familia por la transformación brusca de sus pensamientos, la influencia de los medios de información y comunicación, así como por otros adolescentes.

En la actualidad, es común conocer de casos de adolescentes embarazadas que en el primer noviazgo tuvieron relaciones coitales para demostrar “la prueba de amor”, miedo a preguntar sobre métodos de anticoncepción, mitos y creencias que se escucha entre sus compañeras como: al vivir la primera relación sexocitales no quedarán embarazadas, si se “hace el amor” parados no llegarán los espermatozoides hasta los órganos internos, entre otros.

Lastimosamente, la mayoría de las adolescentes serán madres solteras y algunas de ellas volverán a quedar embarazadas antes de pasar la adolescencia; es sorprendente la cantidad de controles prenatales en esta etapa de la vida, que se atienden en los establecimientos de salud del municipio de Soyapango. Sólo en la UCSFE Unicentro en el 2015 se inscribieron 461 adolescentes embarazadas (UCSFE Unicentro, 2015, pp. 1-50).

Se decidió realizar la investigación para identificar los factores que influyen en el aumento de casos de embarazos en las edades de 15 a 19 años, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada Unicentro (UCSFE Unicentro) y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedio Soyapango (UCSIF Soyapango) en el período de junio 2016 a marzo del 2017, por ser los establecimientos donde tienen más acceso la mayoría de las adolescentes; con el propósito de proponer estrategias para disminuir el índice de embarazos precoces, que

por la inmadurez psicológica, social y física, se consideran de alto riesgo.

El documento está construido por capítulos, los cuales se describen a continuación:

Capítulo I, Planteamiento del problema, donde se formula la pregunta del estudio; en el Capítulo II, se propone el marco de referencia, planteando conceptos y descripción teórica de las variables del estudio e identificar los factores que influyen en las adolescentes para concebir un embarazo durante las edades 15 a 19 años.

En el capítulo III, se proponen por los objetivos generales y específicos, elementos que dirigen a la investigación y nos acercan a la solución del problema. El capítulo IV, establece el Sistema de Hipótesis; seguido del capítulo V, describiendo el Sistema de Variables: factores sociales y culturales.

Capítulo VI, presenta el diseño metodológico, estableciendo el método de estudio, el universo y muestra, los criterios de inclusión y exclusión para los sujetos de análisis de la investigación, métodos, técnicas e instrumentos y procedimientos para la recolección de datos y, las consideraciones éticas del estudio.

Capítulo VII, se describen datos estadísticos descriptivo y análisis de hipótesis, el primero muestra los resultados de las encuestas a través de tablas y gráficas, el segundo muestra la comprobación de hipótesis a través de la correlación de las variables.

Capítulo VIII, presenta la discusión de resultados, relacionando el enfoque teórico con los hallazgos a través de las encuestas.

Capítulo IX, narra las conclusiones y recomendaciones, es la parte donde se describen las variables que se basan en los objetivos específicos y que nos indican los resultados de las encuestas; asimismo se plantean estrategias que aporten a la disminución del problema en estudio.

I. Planteamiento del Problema

a. Generalidades del problema

Se debe recordar que el ser humano necesita estar en compañía a lo largo de la vida, particularmente en la adolescencia, para enfrentarse ante los problemas tanto internos (porque trata de adaptarse a los cambios físicos y psicológicos) como externos (puesto que busca ser aceptado ante la sociedad, alimentar su autoestima al relacionarse con amistades).

Las necesidades afectivas cambian de acuerdo al ciclo vital; por ejemplo, en la prepubertad hay un rechazo entre ambos sexos, que luego se convierte en atracción física y finalmente en curiosidad por experimentar sensaciones o vivencias de relaciones coitales. O bien, solamente pueden surgir sentimientos de pertenencia y afecto por sus pares y no buscan más allá de esto.

Últimamente se ha observado que las actitudes, hábitos y conductas de las adolescentes como libertinaje para la práctica sexual activa, depende de la educación familiar “Además prefieren adolescentes un poco más mayores, ya que se sienten más maduras que sus pares del sexo opuesto” (Estalovsky, s.f., p. 18).

Sin embargo, no todos los adolescentes tendrán un hogar funcional por la emigración de uno o ambos padres, la separación o fallecimiento del responsable, abuso sexual, maltrato físico y/o psicológico, las adicciones o incumplimiento de los derechos humanos.

En estos tiempos la mayoría de los adolescentes tienen accesibilidad al internet que es uno de los medios más populares, compartiendo así información entre ellos. Para la Dra. Morduchowicz y otros (2010) “El riesgo mayor con Internet, como dijimos, es que los chicos y adolescentes no siempre son conscientes de lo que puede ocasionar un uso no responsable de la web” (p. 8).

b. Situación problemática

Según el MINSAL y la DIGESTIC (2015):

“La prevalencia de inscripciones de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, se cuantifica en el SIBASI Centro con 846, y SIBASI Oriente con 638, considerándose en segundo lugar al municipio de Soyapango, con el mayor número de inscripciones” (p. 28).

A ciencia cierta, no hay una explicación del por qué ha surgido este fenómeno que en otros tiempos era raro observar; tanto así, que ya no es sorprendente escuchar en las noticias internacionales y nacionales, casos de niñas y adolescentes de temprana edad embarazadas. Según estudios e investigaciones, una de las causas principales del aumento de embarazos en las adolescentes es la falta de educación afectiva y de sexualidad, el uso inapropiado de anticonceptivos y la carencia de una planeación de proyectos de vida; permiten el inicio precoz de las relaciones coitales debido a la presión de sus “novios”. Son condicionantes que permite los embarazos no deseados.

El embarazo en adolescentes tiene alto costos personales y psicosociales. La OMS (2014), afirma que “las personas menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto, una probabilidad de deserción escolar es mayor y una tasa de mortalidad neonatal es aproximadamente un 50% superior” (párr. 2).

FESAL (2008) menciona que:

Una de cada 2 mujeres de 15 a 24 años tiene experiencia sexual. Entre las mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual, el 21 % reportó que tuvo su primera relación antes de cumplir 15 años de edad y, el 69 % cuando tenía de 15 a 19 años, con predominio de los 15 a los 17 años con un 48 % (p. 8).

Cubías (2016) menciona que:

Los resultados del primer estudio realizado en el país sobre embarazos en adolescentes, arrojaron "cifras alarmantes". Según la investigación, de un promedio de mil jóvenes, se calcula que 116 quedan embarazadas cada año” En la mayoría de los casos, de las 305 jóvenes censadas, provenientes de los estratos bajo y medio, las principales causas de los embarazos precoces son la deserción escolar, la desintegración familiar, los escasos conocimientos sobre la fertilidad y su baja autoestima. (párr. 1 y 2).

Por otra parte, Molina (2011) desde la perspectiva sociocultural expone que:

La adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que le impide acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que quedan la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño. (p. 6).

Ruland (2008) dice:

Para poder practicar la abstinencia, los adolescentes necesitan el apoyo social de los miembros de la comunidad y el desarrollo de habilidades específicas, incluida una gran motivación, autocontrol y comunicación. Los programas que incluyen mensajes integrales pueden enseñar las habilidades necesarias para practicar la abstinencia, así como proporcionar información a la juventud sexualmente activa respecto a los condones y a la reducción del número de parejas. (párr. 1).

En esta etapa de la vida es cuando los padres deben fomentar la abstinencia, discutir la prevención de infecciones de transmisión sexual; además de proporcionar educación sobre cómo evitar los embarazos a temprana edad, ya que se considera que durante esta etapa ocurren mayor riesgo de presentar complicaciones desde la infección de vías urinarias, preeclampsia, eclampsia, abortos espontáneos, partos prematuros, anemias, retardo de crecimiento intrauterino, entre otros. Se trata de fomentar la sexualidad basada en el amor y respeto hacia sí mismo, y no como un acto de placer.

c. Delimitación del problema

En el 2015, se registraron más de 600 adolescentes embarazadas, entre 15 a 19 años, en el municipio de Soyapango; es alarmante la cantidad y va en aumento, es por ello que se pretende identificar los factores que influyen a que inicien las relaciones coitales.

La investigación se realizó en adolescentes embarazadas entre las edades de 15 a 19 años, que están inscritas en el Programa de Atención Integral en Salud a la Mujer de la UCSF Especializada de Unicentro y en la UCSIF de Soyapango durante junio 2016 a marzo 2017.

d. Enunciado del problema

El equipo investigador, buscó responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son factores socioculturales influyen en el aumento de casos de embarazos en adolescentes con edades entre 15 a 19 años, inscritos en el programa de atención integral en salud a la mujer de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada Unicentro y la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedio Soyapango; en el periodo comprendido entre junio 2016 a marzo de 2017?

II. Marco de Referencia

a. Conceptualización de adolescencia

Una conceptualización bastante biológica sobre la adolescencia, es la expuesta por Torrens y Martínez (2003), quien la define como “etapa que inicia con la pubertad (...) y hace referencia al proceso de maduración hormonal y de crecimiento, dando lugar a que los órganos reproductores inicien su funcionamiento, desarrollando las características sexuales secundarias” (p. 54).

No obstante, aunque el comienzo de la adolescencia puede estar claramente delimitado, el punto final resulta más difícil de determinar, ya que implica el sentimiento psicológico para enfrentarse de manera independiente al mundo en el que el adolescente desarrolla sus capacidades y el rol social que se le asigna.

Delval (2008) describe los cambios psicológicos que viven los adolescentes como “una manera diferente de abordar los problemas y de entender la realidad y la vida, que va unida a capacidades intelectuales muy superiores y a un gusto por lo abstracto y por el pensamiento” (p. 531).

Los adolescentes para resolver un problema, lo aborda por medio de hipótesis, para explicar sus causas, tomando experiencias similares con anterioridad o la información que poseen y que han adquirido de su medio y tratan de resolverlo. Con esto demuestra que van desarrollándose psicológicamente y que les servirá para alcanzar la madurez.

b. El proceso de construcción de la identidad en el adolescente

“El proceso de *individualización* va a cambiar la manera en que el adolescente se relaciona con sus padres. El descubrimiento de que tienen defectos y limitaciones, no es aceptado fácilmente, y puede tomar una actitud hipercrítica hacia ellos” (Ballano y Arroyo, s.f., p. 236).

Es por ello que los adolescentes toman la postura de señalar, a los padres, las decisiones y formas de vida que tienen y que a su criterio no son las correctas y es cuando buscan ser diferentes a ellos, ser de personalidad original.

Los adolescentes se encuentran con dos grandes fuentes de influencia en su desarrollo: los padres y los amigos y/o compañeros de estudio. Existen dos tipos de relaciones de padres con sus hijos adolescentes, el primero lo explica, Estévez y Otros (2007), “algunos padres son extremadamente rígidos con las normas del hogar y autoritarios sobre los adolescentes, esto los convierten personas irresponsables en la vida presente y en la adultez se les dificulta tomar sus propias decisiones” (p. 90).

Se describe como el típico padre que no comprende los problemas que atraviesa el adolescente y conlleva a cambios de comportamiento y rechazo a la comunicación directa; además, no ayuda a su madurez y toma las decisiones importantes para su vida de forma irresponsable sin medir las consecuencias de sus actos.

Un ejemplo de cuando los padres inician el control del adolescente en actividades externas al entorno familiar: asignación de actividades domésticas, críticas y elección de cómo vestir, el tipo música, imposición de la obediencia, y no como un acto voluntario y reflexivo, el deseo de independencia reivindicación de la autonomía, fijación de horarios, cuestionamientos agresivos sobre las salidas, entre otros.

Por otra parte, el segundo tipo de relación con los padres se define de forma inversa a la anterior; los describe como “cuando los padres se esfuerzan por comunicarse con sus hijos adolescentes (...) es más probable que se sientan queridos, no presentan problemas de depresión ni ansiedad, muestran buen rendimiento académico y rehúsan las amistades conflictivas” (Estévez y otros, 2007, p. 90).

Los padres son más comprensibles, escuchan y apoyan a sus hijos y se involucran en sus actividades, tienen la confianza de hablar cualquier tema sin temor a recibir prejuicios y son los que ganan la madurez y logran alcanzar las metas en la adolescencia han establecido con claridad.

En cambio, Ballano y Arroyo (s.f.), justifican la búsqueda de independencia del adolescente hacia sus padres, cuando advierten que “los deseos de autonomía se traducen en rebeldía hacia sus padres y sus normas” (p. 236). Muchas veces lo manifiestan de forma agresiva y en desacuerdo total de la opinión o consejo que reciben de los adultos, y que puede tomarse como “normal” esta actitud porque desean crear su propia identidad.

Además, la gran pregunta que se hacen los adolescentes es ¿quién soy yo?; esto resulta por la crisis de identidad que sufren ya que cambian sus anhelos, actitudes y costumbres que antes lo tenían muy claros y definidos. En la adolescencia hay una transición en donde cambia de grupo de pertenencia, dejar de ser niños, pero aún no aceptados como adultos, por ende, recibe de la sociedad un trato indefinido.

Cerruti (1992), añade que “estos sujetos tienen una franca dificultad para lograr su ubicación social y ejercer sus obligaciones sociales, por lo que su conducta refleja esta inseguridad” (p. 56).

c. La importancia de las amistades en los procesos afectivos

Si en el caso que no tienen el apoyo de sus padres o responsables en sus problemas o necesidades afectivas, buscan en otros iguales para llenar ese vacío, ya sea que se “refugien” en adolescentes con las mismas actitudes y pensamientos o adoptan tales caracteres que pueden ser de mala influencia y poner en peligro la vida. He allí, la importancia que se torna conocer las amistades que sostenga para prevenir malas decisiones que afectan de por vida.

En la adolescencia surge la practicar de independizarse, inicialmente en la elección de personas para su círculo de amistad de los cuales comparten sentimientos afectivos y de pertenencia; además serán con quienes realizarán actividades e intereses. Esto se pone a prueba en la autonomía frente a sus padres o responsables, ya que muchas veces llevan la contraria en la toma de decisiones y prefieren el consejo de su grupo de referencia.

Martínez-Otero (2000) define la afectividad como “un conjunto de fenómenos internos, subjetivos, que conmueven nuestro ánimo y que pueden manifestarse de forma tan externa y diferente como en el placer o el dolor”. Añade también que “los estados afectivos se expresan,

sobre todo, a través de impulsos, tendencias, apetitos, instintos, pasiones, motivaciones, emociones y sentimientos” (pp. 155-156).

Izquierdo (2000) afirma que “la afectividad es la sede de las relaciones”, también sostiene que es “la capacidad de entrar en relación con el ambiente” ; también menciona que son afines al concepto de afectividad:

La capacidad de amor, bondad, calor afectivo, cordialidad, consideración a los demás, simpatía, altruismo entre otros. La adolescencia es la edad típica de la afectividad y ofrece la posibilidad de orientar ese periodo de cambio psíquico y fisiológico con mayor conciencia y conocimientos de los mismos. (pp. 104-105).

Los padres, el sistema educativo y los profesionales de la salud, son los responsables de dar educación sobre afectividad y sexualidad, desde la infancia hasta la adolescencia, a través de programas educativos, actividades y consejerías, aclarando dudas acerca de cómo establecer el vínculo afectivo en el plano personal y hacia la sociedad. Además, abordando de forma simultánea los temas de los derechos de sexualidad, salud sexual entre otros.

d. Adolescencia y Sexualidad

Toda persona, en cualquier etapa de la vida, expresa la sexualidad ya sea a través de creencias, su forma de actuar, los valores que recibió de su familia, los roles que practica en su ambiente como también en sus deseos y fantasías, todo ello es a causa de la interacción de factores biológicos, psicosocioeconómico. (OPS y OMS, 2000, p. 6).

Sexualidad en la adolescencia

Eresta y otros (2013), señalan que “el adolescente descubre paulatinamente que debe empezar a definir gustos, intereses y preferencias en relación con la construcción de su mundo afectivo-sexual” (p. 13). Es en esta etapa de la vida, que se define el tipo de relación de pareja que tendrá, esto depende del ambiente que vive en el hogar y del ejemplo que obtenga acerca del matrimonio o unión libre.

Monroy (2002) afirma que “existe una relación entre la experiencia sexual de la madre cuando fue adolescente con la de su hija. La influencia de una familia con su padre o madre soltero [familia monoparental] tiene que ver con la edad de la primera relación sexual también con lo aprendido en la familia” (p. 79). Esto indica que, si los padres fueron sexualmente activos a temprana edad, está la probabilidad que también los hijos lo sean, ya que el padre le da el ejemplo y lo toma como algo “normal” y no se preocupa por evitar que eso suceda.

Por otra parte Katchadourian (como se citó en Monroy, 1990, p. 79), reflexiona que, para el adolescente, la información que manejan los compañeros o amigos es más confiable y creíble en comparación de los que reciben de parte de los adultos”. Esto resulta ser muy alarmante, ya que casi siempre, la información que manejan es errónea o distorsionada y por ello sufren las consecuencias como los embarazos no deseados, contagio de las ETS, entre otros.

Un factor que bombardea y amenaza insistente e indiscriminadamente a los adolescente, son los medios de comunicación e información; hoy en día, se tiene al alcance del internet, los canales televisivos internacionales, revistas, periódicos, fotografías virtuales con contenido pornográfico, frases que promueven el sexo seguro, entre otros; que los incitan a ejercer su sexualidad precozmente, creando la mentalidad de desvalorizar el aprecio y la afectividad hacia los demás, viendo a sus pares como objeto sexual.

Etapas de la sexualidad adolescente

Tabla 1. Clasificación de la sexualidad de los adolescentes por etapas y rango de edades.

Rango de edades	Etapas	Descripción de cada etapa
Pubertad (12 a 14 años).	Primera etapa. Aislamiento	<p>En el adolescente: rompen toda relación con las mujeres. El impulso sexual no tiene también un objeto, la tensión sexual lidera indiscriminadamente y cualquier estímulo puede tomar un carácter sexual. La única actividad liberadora es la masturbación.</p> <p>En la adolescente: la orientación es más clara hacia la heterosexualidad y su lucha es no caer en la dependencia materna. Las fantasías en torno a la búsqueda de pareja heterosexual sirven de vía de descarga para la tensión.</p>
14-15 años.	Segunda etapa. Orientación incierta hacia la sexualidad	<p>A efectos de romper con la dependencia familiar, el adolescente busca identificarse con personas ajenas. El rompimiento del vínculo con el progenitor del mismo sexo crea incertidumbre y entonces se vuelca a una búsqueda de amigos del mismo sexo.</p> <p>En el adolescente: el amigo representa el ideal del yo debe internalizar esa relación; puede aparecer relación homosexual que lleva a la ruptura de la amistad. Esta relación homosexual es natural en esta edad y no significa que haya una mala identificación sexual.</p> <p>En la adolescente: de la amiga se espera afecto, cariño, atención, camaradería; en la relación heterosexual busca encontrar características similares u opuestas a la de sus padres.</p>
15-17 años.	Tercera etapa. Apertura a la heterosexualidad	<p>Adquirida, definida la identidad sexual la conducta se orienta hacia heterosexualidad. Hay mayor paralelismo entre él y la adolescente. El enamoramiento reviste en esta etapa, un carácter más bien platónico, romántico. La sexualidad es manejada muchas veces a través de conversaciones, disquisiciones filosóficas y con intensas fantasías que son evacuadas a través de la masturbación.</p>
17-19 años.	Cuarta etapa. Consolidación	<p>Llegamos así alrededor de los 18-19 años en que si el desarrollo psicosexual se ha cumplido en forma adecuada se habrá logrado una cierta madurez emocional que posibilite una inserción amorosa en el mundo adulto.</p> <p>Los tres niveles de maduración necesarios para que el adolescente esté en condiciones de ejercer su sexualidad en forma plena, libre y responsable, son: Biológico. Que está determinado obviamente por la puerta en función de los aparatos sexuales y que por sí solo no basta.</p> <p>Emocional. Que se logra alrededor de esta última etapa que vimos, cuando la estabilidad emocional permite que se encuentre en una persona sola -objeto amoroso único- una serie de atributos que determinan una resonancia afectiva duradera. esto se produce recién a los 18-19 años. Anteriormente al adolescente tienen múltiples objetos parciales que despiertan sus sentimientos y es por eso que sus arreglos son tan fugaces y simultáneos, ya que se siente atraído por cualidades de diferentes adolescentes, conformando su objeto ideal una especie de "puzzle".</p> <p>Social. Adquirida la madurez biológica y la emocional con el encuentro del objeto amoroso único que implica mantener una relación de pareja más o menos estable es conveniente tener la suficiente madurez social entendida ésta como la responsabilidad para hacer frente a una posible procreación.</p>

Fuente: elaboración propia, tomada de Cerruti (1992, pp. 80-85).

Consideraciones psicosociales en la educación de la afectividad

En la actualidad los adolescentes viven en distintos entornos sociales (familia, amigos, escuela), los cuales se reflejan desde el momento en que deciden iniciar una educación por su propia cuenta y se va desarrollando en cada etapa de su vida con respecto al comportamiento sexual. Esto puede llevar ya sea a las relaciones sexocitales a temprana edad, la promiscuidad, embarazos no deseados y exposición de las infecciones de transmisión sexual.

Especialmente en la adolescencia el comportamiento en la sexualidad, tiene que ver a qué tipo de sociedad pertenecen quienes influyen según las normas, cultural y socialmente.

Tabla 2. Clasificación de Sociedades.

Tipo de sociedad	Descripción
Sociedad Represiva	En esta sociedad se considera al sexo como un comportamiento humano peligroso, al practicarlo surgen sentimientos de culpabilidad, temor a que los demás lo sepan, entre otros. Alaba la castidad prematrimonial y solo lo acepta con fines de reproducción.
Sociedad Restrictiva	Esta sociedad prohíbe que niños de ambos sexos estén juntos. A pesar que sugiere castidad hasta el matrimonio le da libertad al sexo masculino
Sociedad Permisiva	Tolera el desarrollo de la sexualidad y las relaciones sexocitales a temprana edad, mas no así la práctica homosexual
Sociedad Aleatoria	Considera que mientras más se realiza las relaciones coitales desde la pubertad mayor conocimiento tendrá en el matrimonio y considera importante la satisfacción sexual

Fuente: Elaboración propia. Clasificación de Sociedades (Issler, 2011, párr, 21-24).

Mitos y creencias sobre las prácticas sexocitales

Los mitos y creencias son ideas sin fundamento científico, ya que pueden ser inventadas por las personas, haciendo que se vuelva una visión sólida, distorsionada y socialmente aceptada sobre una realidad; volviéndose parte de la cultura.

Se ha clasificado en tres grandes campos, las creencias que posee el adolescente, la familia y en los centros educativos acerca de la sexualidad y sus prácticas sexocitales.

Tabla 3. Mitos y creencias sobre la sexualidad en el adolescente, la familia y los centros educativos.

Entre adolescentes	En la familia	En los centros educativos
<p>Los mitos entorno a los métodos anticonceptivos, describe los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Durante la menstruación no hay ningún riesgo de embarazo. -La píldora del día después es un buen método anticonceptivo. -El DIU y el diagrama sólo sirven para mujeres casadas o con pareja estable. -La píldora anticonceptiva disminuye el libido. -La primera vez que se realiza coito no hay riesgo de embarazo. -La píldora puede causar esterilidad, y por supuesto engorda. -Si se realiza el coito de pie es imposible que pueda producirse un embarazo. -Las duchas vaginales son un método anticonceptivo. -El condón causa insensibilidad y no permite un buen disfrute del coito. -Los métodos naturales (calendario, temperatura basal, moco cervical...) son muy eficaces. 	<p>Los padres tienen miedo..., miedo de pasarse, hasta el punto de parecer que incitan a sus hijos a una vida amorosa precoz, y con ello matar su misterio, o por el contrario, de no hacer lo bastante, con el riesgo de verlos sumirse en una sexualidad desviada. (Sonet, 2000, Pág. 11).</p>	<p>Se describe algunas creencias que los maestros consideran que no debería impartirse educación sexual porque conduce a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un incremento de las provocaciones sexuales. Un aumento de la promiscuidad. El aumento de los embarazos no deseados.

Fuente: Donini y Otros (2005, pp. 146, 147, 180, 186).

La educación que los maestros imparten es de tipo biológico, donde se explica los aparatos reproductivos masculinos y femeninos, los ciclos menstruales y los días fértiles en la mujer; sin embargo, esto no permite que la adolescente aclare dudas, si se habla del valor afectivo como persona, los de maduración biológica, fisiológica y la relación con los proyectos de vida.

“La licenciada Susana Checa explica que “la información que reciben los adolescentes sobre sexualidad generalmente no está bien dada y no se traduce en comportamientos (...) Además hay altas zonas de riesgo, los más vulnerables son los que no estudian, no trabajan o no tienen lugares de contención” (Suárez, 2007, p. 114).

Inicio de las relaciones heterosexuales

Torrens y Martínez (2003) exponen que:

Las relaciones, al principio, no son duraderas y se suele cambiar de pareja con relativa frecuencia, pero durante la relación con la pareja actual se mantienen fieles a éstas; por este motivo se comenta que los jóvenes son monógamos seriales. (p. 59).

Esto puede ayudarle a adquirir experiencias para las relaciones interpersonales, incrementando la habilidad social y escoger de forma acertada a su pareja amorosa de acorde a lo que ella espera en la relación.

La relación de noviazgo suele empezar con tomarse de las manos, besos en mejilla, en boca y caricias que luego se convierten en la palpación de órganos genitales. El tiempo que transcurrirá de una etapa a otra dependen de los valores que ambos posean y que hayan adquirido en su núcleo familiar y, de forma secundaria, del ambiente de amistades y factores culturales que hayan adquirido a lo largo de su vida. Es en ese momento, que la adolescente decide iniciar la relación coital.

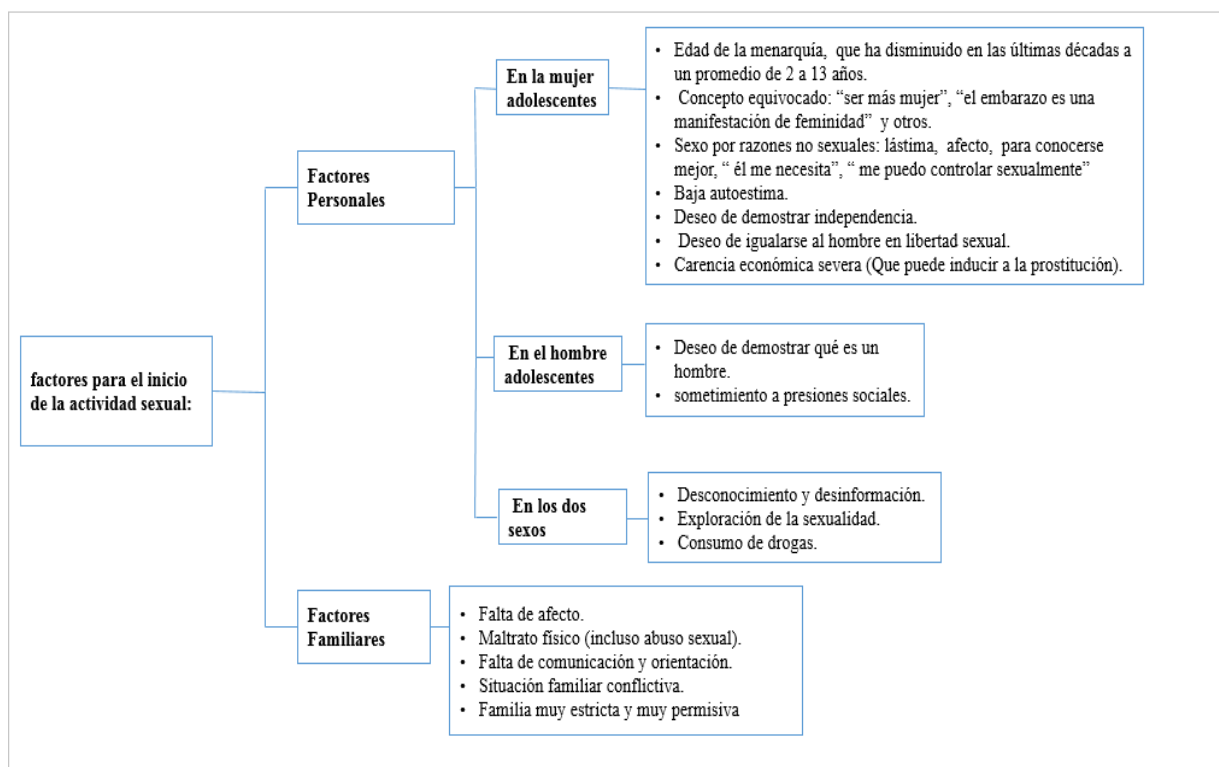


Figura 1. Factores para el inicio de la actividad sexual. Fuente: Torrens y Martínez (2003, pp. 62 - 63).

Un estudio reciente afirma que existen a nivel mundial madres adolescentes entre los 15 a 19 años (11%), que la gran mayoría pertenecen a países con situación económica media y baja. Por lo tanto, se convierte en un factor principal para que se den casos de morbi-mortalidad materno-infantil (OMS, 2014, párr. 5 y 7).

El embarazo durante la adolescencia es alarmante en los sectores: salud, porque hay una mayor incidencia de complicaciones materno-infantil; psicosocial, ya que afecta la forma en que se socializa la adolescente y su familia para resolver la situación económica, continuidad de los estudios académicos, falta de oportunidad para optar un empleo digno; la baja autoestima en la joven, discriminación y estigmatización que reciba de la sociedad (MINSAL 2015, p. 11).

En la actualidad las adolescentes buscan tener una relación con personas mayores que han heredado patrón conductual de violencia en su grupo familiar; esto hace que la mayoría de las jóvenes tengan temor de decir de su embarazo a su pareja o familia.

Tabla 4. Conceptualización de factores predisponentes de embarazos en adolescentes:

Factor predisponente	Descripción
Menarquía y espermarquia temprana	Inicio de la funcionalidad reproductiva, sin que haya desarrollado la madurez de forma psicológica y social ante este cambio físico
Inicio en la adolescencia o a temprana edad, de relaciones sexo coitales	Cuando buscan tener experiencias sexocitales sin tener un nivel de madurez que demuestran responsabilidad.
Familia disfuncional	Se refiere al tipo de familia donde surgen conflictos entre sus miembros, haciendo un ambiente imposible a que los adolescentes desarrollen su identidad y mostrando déficit de afectividad, haciendo que se refugien en sus iguales.
Naturalización de la maternidad adolescente como parte de la cultura	En El Salvador, específicamente en las zonas rurales, el embarazo en la adolescencia se toma como “normal” y es aceptada en la familia y comunidad, sin pensar en las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que ésto implica porque afecta en la economía del país.
Adolescentes que se ausentan o desertan del sistema educativo:	Ausencia de motivación a las aspiraciones de desarrollo personal por ende disminución a crear proyectos de vida
Migraciones internas recientes	Rompimiento del vínculo familiar a causa de la búsqueda de mejoramiento económico o por continuar los estudios en el área urbana por parte de los adolescentes
Pensamientos mágicos	Creencia muy arraigada durante la adolescencia, donde refieren que no concebirá embarazo porque no lo desean
Fantasías de esterilidad	Sostienen relaciones sexocitales sin protección durante período infértil y no quedan embarazadas, esto les hace creer que son estériles.
Falta o distorsión de la información	Cuando entre los adolescentes se comparten “mitos” sobre la sexualidad, las relaciones sexocitales, por ejemplo: si se realiza el sexo de pie no hay riesgo de embarazo, o si hay orgasmo por parte de la adolescente puede quedar embarazada, entre otros.
Controversias entre su	Familia restrictiva hacia el tema de las relaciones sexocitales entre

Factor predisponente	Descripción
sistema de valores y el de su familia:	adolescentes y que sus hijos las realizan por rebeldía sin utilizar métodos anticonceptivos para negar que son sexualmente activos.
Aspectos socioculturales	La sociedad acepta el libertinaje sexual en el hombre e impone responsabilidad sobre la mujer del embarazo y maternidad

Elaboración propia. Clasificación de los factores predisponentes del embarazo en adolescentes (MINSAL 2015, pp. 11-13).

Consecuencias del embarazo en la adolescencia

Consecuencias biológicas

En éste aspecto, Salazar, Álvarez y Otros (2016) afirman que “desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo” (párr. 10).

Dentro de las consecuencias en la salud de la adolescente ante el embarazo son numerosas y la convierten en riesgo; la morbilidad en el embarazo de las adolescentes se puede clasificar por el periodo de gestación.

Vallejo (2013) expone que: “en la primera mitad se destacan el aborto, anemia, infecciones urinarias, y bacteriuria asintomática. En la segunda, cuadros hipertensivos, hemorragias por afecciones placentarias, escasa ganancia de peso con malnutrición materna, parto prematuro y rotura prematura de membranas ovulares” (p. 66).

Por otra parte Wallemburg (como se citó Vallejo, 2013, p. 67) “describe síndrome de mala adaptación circulatoria por un inadecuado funcionamiento de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria durante el embarazo, lo que tiende a ocasionar: hipertensión arterial materna, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino y desprendimiento prematuro de placenta”

Consecuencias económicas y sociales

Para la OMS (2014):

Durante el embarazo pueden tener repercusiones la pareja de adolescentes, sus familias y sus comunidades. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz. (párr. 12).

En la mayoría de los casos, las adolescentes son sostenidas económicamente por los padres, quienes las apoyan, brindándoles lo necesario tanto para ella como a su hijo. Esta acción, se ve aplicada ya sea por voluntad de los progenitores de la adolescente o son obligados por las autoridades responsables ISNA (Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia) que a través del seguimiento de la UCSF se coordinan para que se cumplan los derechos. Otras adolescentes son obligadas a mudarse con el joven que la embarazó, siendo “carga” para sus suegros.

La etapa de la adolescencia debería ser el momento en que se preparan para compartir con amistades, con el único compromiso de estudiar y el de construir su plan de vida a futuro, como una carrera profesional, trabajando para poder obtener su propio hogar y satisfacer sus diferentes necesidades para finalmente la formación de una familia.

Repercusiones psicológicas.

El embarazo en la adolescencia afecta de forma psicológica desde el momento en que se sabe del mismo, tanto a los futuros padres como a sus responsables y que puede aumentar si existe rechazo, humillación y falta de apoyo durante la gestación, haciendo que experimente incertidumbre y preocupación ante los cambios físicos, las molestias del parto y “el qué dirán” sus conocidos ante esta nueva imagen.

Asimismo, se agrega a que ya no podrá tener una vida social ni podrá relacionarse con sus amigas, también adolescentes, por la estigmación; elige encargarse de los cuidados del bebé dejando a un lado sus derechos de superación escolar, esto puede provocar estrés, fatigas, desinterés y trastornos de la personalidad (Salazar y otros, 2006, párr. 6 y 7).

El embarazo es una etapa de felicidad que toda mujer debería de experimentar ya sea con sus amigos, familia o personas a las cuales se le tiene mucho afecto, esto no se puede evidenciar en las madres adolescentes ya que para ellas es una tragedia desde el momento que sabe de su embarazo; haciendo que su mente piense en diferentes maneras como el rechazo (familia, amigos, sociedad), culpabilidad, preocupaciones sobre el bienestar fetal; todo esto conlleva que al final de la gestación, pueda haber un rechazo de la madre hacia su bebé o depresión post-parto fuera de lo normal.

Reacciones familiares frente el embarazo en la adolescente

Resulta difícil a la adolescente comunicar sobre su embarazo porque teme al castigo que le puedan aplicar sus padres o cómo reaccionen de forma desfavorable para ella; se atemoriza ante el sentimiento de rechazo, humillación y limitaciones en sus libertades propias de su etapa para dar inicio a responsabilidades sobre su futuro hijo, hija. Ante la noticia, las reacciones iniciales son asombro, tristeza, decepción, ira, culpa y vergüenza (Lowdermilk, Perry y Bobak, 1997, p. 960).

No hay una aceptación de la situación lo que se convierte en maltrato verbal y/o físico, ausencia de afectividad, incomprensión, humillación constante e incumplimiento de los derechos humanos; tales atenciones hacen que la adolescente rechace a su hijo, hija desde antes de que nazca, no trate de cuidar su salud no asistiendo a sus controles prenatales ni tomándose los medicamentos que le ayudarán a contrarrestar los riesgos del embarazo y parto; existe depresión y ansiedad ante su futuro; la sociedad la subestima porque puede ser de “mala influencia” hacia las demás adolescentes y la estigmatiza como una “mujer hecha y derecha” por la que no la incluyen en proyectos juveniles de emprendimiento laboral.

f. Adopción teórica para el estudio

Para este estudio, se tomará el aspecto de la disfuncionalidad familiar e influencia de pares como factores sociales y, los mitos y creencias sobre la sexualidad para los factores culturales; de esa forma, se podrá precisar las grandes variables ya discutidas en el marco de referencia.

II. Objetivos del estudio

a. Objetivo General

Determinar los factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de edad inscritas en el Programa Salud Sexual y Reproductivas de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializada Unicentro y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedio Soyapango; en el período comprendido entre junio 2016 a marzo de 2017.

b. Objetivo Específicos

- Describir la situación sociodemográfica de las adolescentes embarazadas.
- Verificar que si la disfuncionalidad familiar o la influencia de pares contribuyen en el aumento de embarazos en la adolescente.
- Evidenciar si el nivel de conocimientos sobre sexualidad humana asentados por la cultura y las creencias de su red social, se asocia al aumento de embarazos en adolescentes.

III. Sistema de hipótesis

a. Hipótesis de trabajo

- La situación sociodemográfica influye en los embarazos en adolescentes.
- La disfuncionalidad familiar se asocia más que la influencia de pares, en el aumento de casos de embarazos en adolescentes.
- Más de la mitad de las adolescentes embarazadas basaron sus prácticas sexuales en mitos y creencias asentados por su red social.

b. Hipótesis nula

- La situación sociodemográfica no influye en los embarazos adolescentes.
- La influencia de pares se asocia más que la disfuncionalidad familiar, en el aumento de casos de embarazos en adolescentes.
- Menos de la mitad de las adolescentes embarazadas basaron sus prácticas sexuales en mitos y creencias asentados por su red social.

IV. Sistema de variables

a. Definición de variables

- **Familias Disfuncionales**

Pérez y Reinoza (2011) citado por Hunt (2007) considera que “Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia” (p. 630).

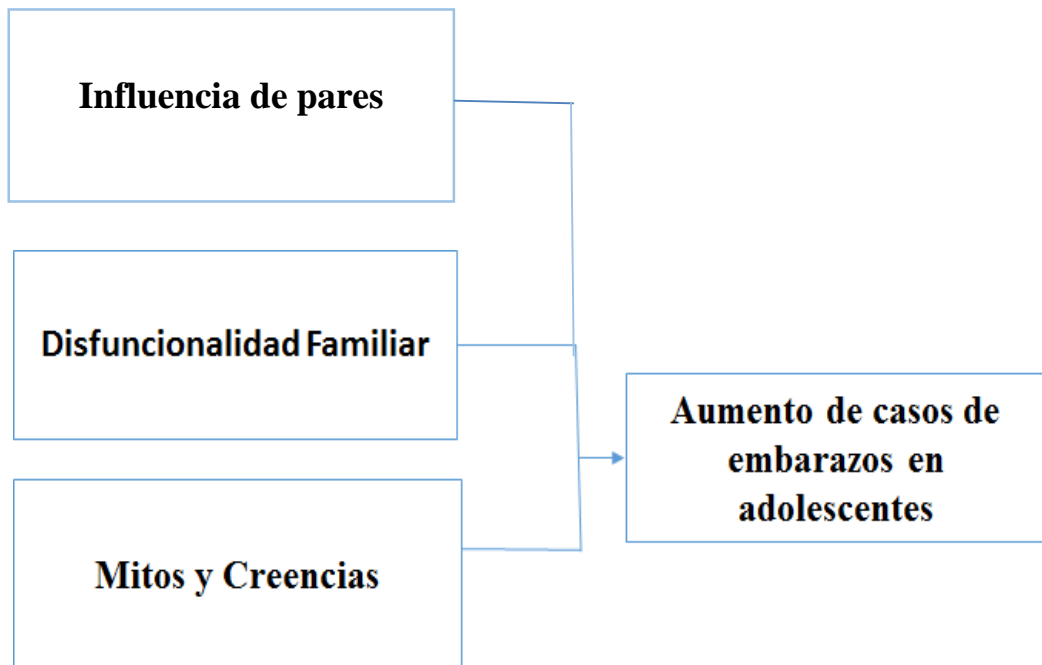
- **Influencia de pares.**

En la adolescencia es bien común que la opinión de sus iguales tiene más importancia que la de sus padres o responsables, puede surgir por dos razones: que en su proceso de individualización para construir su identidad, desobedece las normas u órdenes de su progenitores; o bien, para ser aceptado en su círculo de amistades, adopta sus caracteres, pensamientos y actitudes.

- **Mitos y creencias**

El ser humano tiende a crear misterios o tabues en temas como la sexualidad, las relaciones coitales y los cambios físicos durante la adolescencia, haciendo casi imposible hablar abiertamente de esto o dando información errónea que se vuelve peligroso para las demás personas que siguen tales consejos. Esto se torna una creencia profunda y arraigada, difícil de cambiar y va de generación en generación.

b. Esquema de relación de variables



C. Matriz de congruencia

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala de medición
Social	Disfuncionalidad familiar	<ul style="list-style-type: none"> Número de adolescentes que viven con sus padres. Número de adolescentes que viven con un progenitor. Número de adolescentes que viven con otro familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Usted reside en la misma vivienda con sus padres? ¿Con cuál de sus padres vivía usted? Si usted no vivía con sus padres, ¿Con quién vivía? 	Nominal
	Conflictos familiares	<ul style="list-style-type: none"> Número de adolescentes que discuten constantemente con sus padres. Número de adolescentes que sufren de violencia en cualquiera de sus formas en su grupo familiar. Número de adolescentes que viven con padres alcohólicos o con alguna drogodependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Usted discute frecuentemente con sus padres? ¿Alguna vez ha sufrido violencia por parte de las personas con las que vive? ¿Alguno de sus padres consumen cualquier tipo de droga o alcohol? 	Nominal
	Educación	<ul style="list-style-type: none"> Número de adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué grado está cursando en 	

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala de medición
		<p>con escolaridad de acuerdo a la edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de adolescentes que fueron sus padres quienes los orientaron sobre temas y dudas en materia de sexualidad. Número de adolescentes que han recibido educación sexual en el centro educativo u otra institución. Número de adolescente que recibe información en educación sexual por los pares. 	<p>este año?</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿En algún momento recibió educación sexual por parte del centro escolar al que asiste? ¿Sus amigos le han compartido información sobre sexualidad? 	
	Economía	<ul style="list-style-type: none"> Número de adolescentes con nivel económico bajo. Número de adolescentes que tienen un ingreso propio 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es su ingreso familiar? ¿De quién recibe apoyo económico? 	

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala de medición
Afectividad	Percepción de carencia de afecto familiar	<ul style="list-style-type: none"> Número de adolescentes que perciben que sus padres no muestran afectividad. Número de adolescentes que consideran que su novio les proporciona más afecto que sus padres. Número de adolescentes que perciben que son muy importantes para sus padres o responsables. Número de adolescentes que reciben de sus padres o responsables, orientación sobre la vida. Número de adolescentes que reciben de sus padres o responsables, orientación sobre el amor y respeto a su cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Usted recibió constantemente, muestras de cariño por parte de sus padres? ¿Sintió usted que su novio le ha dado mayor afecto que sus padres? ¿Qué tan valiosa se considera usted para sus padres o responsables? ¿Siempre conversan con sus padres (o responsables) sobre el proyecto de vida y cómo lograrlo? ¿Desde su niñez, sus padres (o responsables) le explicaron sobre el amor y respeto a su cuerpo? ¿Fueron sus padres a quienes siempre acudió cuando quería consejos sobre sexualidad? 	Ordinal/Nominal

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala de medición
	Influencia de pares	<ul style="list-style-type: none"> Número de adolescentes que inician y mantienen una vida sexual activa por influencias de amigos. Número de adolescentes que inician y mantienen una vida sexual activa por presión del novio. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿De alguna forma, sus amigos o amigas la motivaron a tener relaciones sexocitales? ¿Usted inició las relaciones sexocitales para sentirse aceptada por su grupo de amigos? ¿Cree que, si no hubiese tenido relaciones sexocitales con su novio corría el riesgo que la abandonara? ¿Usted ha tenido relaciones sexocitales porque su novio se lo exigió? 	Nominal
Cultural	Mitos y creencias sobre sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> Número de adolescentes que sus prácticas sexocitales se basan en mitos y creencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Durante la menstruación no hay ningún riesgo de embarazo? ¿La píldora del día después es un buen método anticonceptivo? ¿La primera vez que se realiza coito no hay riesgo de embarazo? 	Nominal

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala de medición
			<ul style="list-style-type: none"> • ¿La píldora puede causar esterilidad, y por supuesto engorda? • ¿Si realiza el coito de pie es imposible que pueda producirse un embarazo? • ¿Las duchas vaginales son un método anticonceptivo? • ¿El condón causa insensibilidad y no permite un buen disfrute del coito? • ¿Los métodos naturales (calendario, temperatura basal, moco cervical...) son muy eficaces? 	

II. Diseño metodológico

a. Tipología del estudio

El estudio es de tipo analítico y descriptivo ya que se relacionan con las variables disfuncionalidad familiar, mitos y creencias, influencia de pares, como las posibles causas del aumento de casos de embarazos en las adolescentes, más no así sus efectos; de forma transversal, en la cual se suscriben en un periodo de tiempo comprendido entre el período de junio 2016 a marzo del 2017; cuantitativo ya que se apoyaron de la estadística descriptiva y análisis de hipótesis para procesar la información y para la explicación del fenómeno.

b. Área geográfica del estudio

El estudio se realizó en las dos Unidades Comunitarias de Salud Familiar que pertenecen al municipio de Soyapango, del departamento de San Salvador:

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedio “Enf. Zoila Marina Torres de Guadrón” de Soyapango, que está ubicada en la colonia Guadalupe, calle Roosevelt frente a la casa comunal, Soyapango.

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada Unicentro, ubicada en la Colonia San Fernando, calle antigua a Tonacatepeque, frente a Centro Comercial Unicentro, Soyapango.

c. Población y muestra

Para el análisis de las variables, se tomó de referencia a adolescentes embarazadas que fueron inscritas en la UCSFE Unicentro y en la UCSFI Guadalupe, en los meses de septiembre a noviembre del año 2016; en vista que para el trabajo de campo, tendrán aproximadamente cinco meses de gestación, facilitando el acceso a la administración de los instrumentos de recolección de datos; en dichos meses, el número de adolescentes

embarazadas inscritas en la UCSFE Unicentro Soyapango fue de 90 adolescentes y para la UCSFI Soyapango de 68.

Tabla 5. Porcentaje de la población de adolescentes embarazadas inscritas en los establecimientos de salud.

Establecimiento de salud	Embarazadas adolescentes inscritas de septiembre a noviembre	%
UCSFI GUADALUPE	68	43 %
UCSFE UNICENTRO	90	57 %
Total	158	100 %

Fuente: elaboración propia, tomado del libro de gestión de la embarazada y puerperio

Estimación de la muestra

Aplicando la fórmula para el cálculo de muestras finitas para una población de 158 adolescentes embarazadas, con un nivel de confianza del 95% y un intervalo de error del 5%, el tamaño de la población muestral es de 113, por estratos, queda de la siguiente manera:

Tabla 6. Distribución porcentual de la población muestral de adolescentes embarazadas por establecimiento de salud.

Establecimiento de salud	Embarazadas adolescentes inscritas de septiembre a noviembre	Muestra
UCSFI GUADALUPE	43 %	49
UCSFE UNICENTRO	57 %	64
Total	100 %	113

Fuente: elaboración propia, tomado del libro de gestión de la embarazada y puerperio.

d. Observaciones.

Al momento de recolectar los datos en los establecimientos de salud se tenía el tamaño de la población muestral de 113 sujetos de estudio; de la cual se recolectó la cantidad de 106 entrevistas ya que 7 adolescentes inscritas en el programa ya son puérperas.

Tabla 7. Adolescentes en periodo de Puerperio.

Establecimiento de salud	Adolescentes en el periodo del puerperio
UCSFI GUADALUPE	2
UCSFE UNICENTRO	5
Total	7

Fuente: elaboración propia, tomado del libro de gestión de la embarazada y puerperio

e. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes con edades entre los 15 a 19 años.
- Adolescentes embarazadas.
- Adolescentes primigestas.
- Adolescentes acompañadas o no por su responsable durante la consulta.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes que no sean del área geográfica de influencia de los establecimientos de salud.
- Adolescentes en inscripción post parto.

f. Procedimientos

Se administró una hoja de consentimiento informado a los padres o responsable legales en el caso de que las adolescentes dependía de estos y, una hoja de asentimiento informado para las adolescentes. En el caso de que las adolescentes eran independientes y/o vivan con sus parejas, fueron ellas las que firmaron la hoja de consentimiento informado. Se le dio la alternativa a cada adolescente de decidir, si también se requerirá del consentimiento de su pareja, pero en ningún caso fue necesario.

Se comunicó a la adolescente sobre el tema, los objetivos, riesgos y beneficios de investigación: “Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años de edad”; posteriormente y, únicamente con el consentimiento escrito firmado, se administró el cuestionario que contenía 26 ítems, se dio la opción en la administración de este, para que sea asistido o autoasistido. El plan para el levantamiento de datos fue el siguiente:

Tabla 8. Plan de recolección de datos.

Nombre de la encuestadora	Establecimiento	Número de instrumentos a aplicar	Número de días a encuestar	Instrumentos a administrar por día	Duración minutos para el llenado por instrumento
Laura M. Hernández	UCSFE Unicentro	64	10	6	10 min
Rosa M. Perdomo	UCSFI de Soyapango	49	10	5	10 min

Fuente: elaboración propia.

Los días para el levantamiento de datos, fueron en los que los servicios de salud son ofertados por el Ministerio de Salud (y no por FOSALUD, en el caso de la UCSFE de Unicentro); en el horario comprendido entre las 7:30 am a 3:30 pm

g. Procesamiento y análisis.

Los datos se procesaron con el programa SPSS versión 22, el comportamiento de los datos se presenta a través de tablas y gráficos. Se realiza el análisis de hipótesis para aprobar o rechazar ya que no se puede hacer estadísticamente

h. Prueba piloto.

Para la validación del instrumento se aplicaron 10 cuestionarios como prueba piloto en adolescentes embarazadas inscritas en el Programa de Salud Sexual y reproductiva en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Periférica de Cojutepeque.

Esto se realizó para comprobar la validez y confiabilidad de los instrumentos a utilizar en la investigación; asimismo se modificó los instrumentos a fin de complementar la información requerida para la investigación.

i. Consideraciones éticas

Namakforoosh (2011) afirma que:

La ética es la ciencia de lo que el hombre debe hacer para vivir como debe vivir, para ser lo que tiene que llegar a hacer, para alcanzar su valor supremo, para realizar en su naturaleza lo que se presenta como la justificación de su existencia, aquello hacia lo que y por lo que existe (p. 433).

Se pretendió que durante la investigación se cumplan los distintos principios éticos desde el inicio hasta el final, los cuales son el respeto a la autonomía de la persona, justicia, beneficencia y no maleficencia

VII. Resultados

a. Análisis estadístico descriptivo.

Tabla 1: Distribución de frecuencias de las edades de las adolescentes según establecimientos de salud.

Edad					
		Edad			Total
		15 a 16 años	17 a 18 años	19 años	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	16	26	28	70
	UCSFIS	10	13	13	36
Total		26	39	41	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.

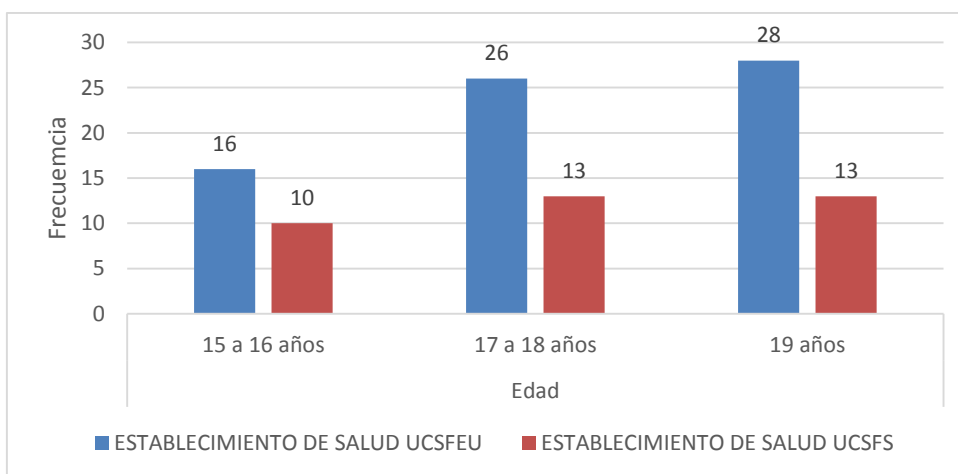


Gráfico 1: Distribución de frecuencias de las edades de las adolescentes según establecimientos de salud.

En el presente gráfico se puede observar que del total de 100% de adolescentes embarazadas la edad que más sobresale es de 19 años con un 39% 28 usuarias, corresponden a UCSFEU a comparación de UCSFIS con 13; esto indica que es la edad con más incidencia; con una relevancia de 61% adolescentes entre 15 a 18 años.

Tabla 2: Distribución de frecuencias del estado civil de las adolescentes según establecimientos de salud.

Estado civil					
		Estado civil			Total
		Soltera	Acompañada	Casada	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	19	47	4	70
	UCSFIS	21	14	1	36
Total		40	61	5	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad

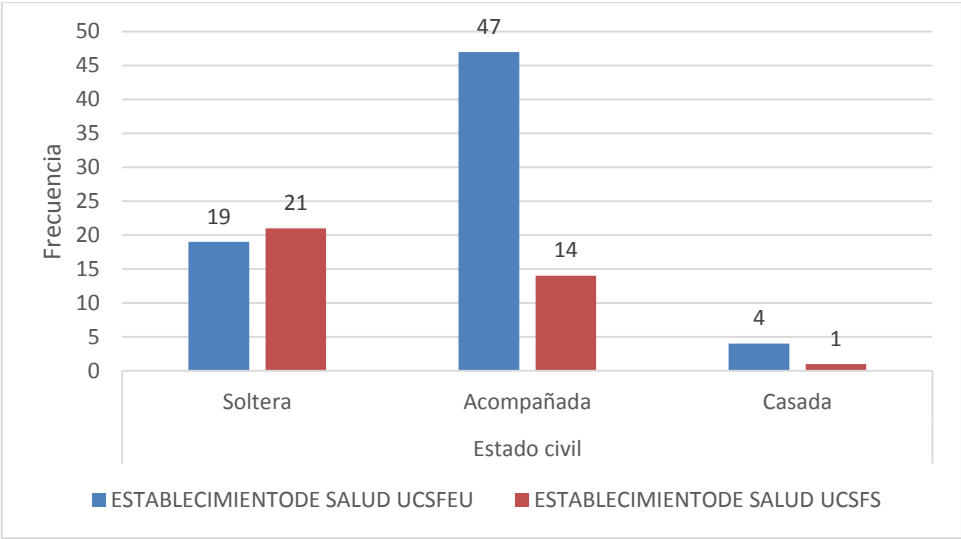


Gráfico 2: Distribución de frecuencias del estado civil de las adolescentes según establecimientos de salud.

En el presente gráfico se visualiza que del 100% de adolescentes embarazadas, 57% usuarias no tienen una estabilidad conyugal; de estos 38% no cuentan con un apoyo de su pareja y solo 5% tiene un estado civil de casada, esto implica que a esta edad probablemente no cuentan con la estabilidad económica y la carencia de afecto en ese embarazo.

Tabla 3: Distribución de frecuencia de la escolaridad en adolescentes según establecimientos de salud.

Escolaridad						
		Escolaridad				Total
		6° a 8°	7° a 9°	1° Bachiller a 2° Bachiller	Universitaria	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	9	17	40	4	70
	UCSFIS	3	9	24	0	36
Total		12	26	64	4	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad

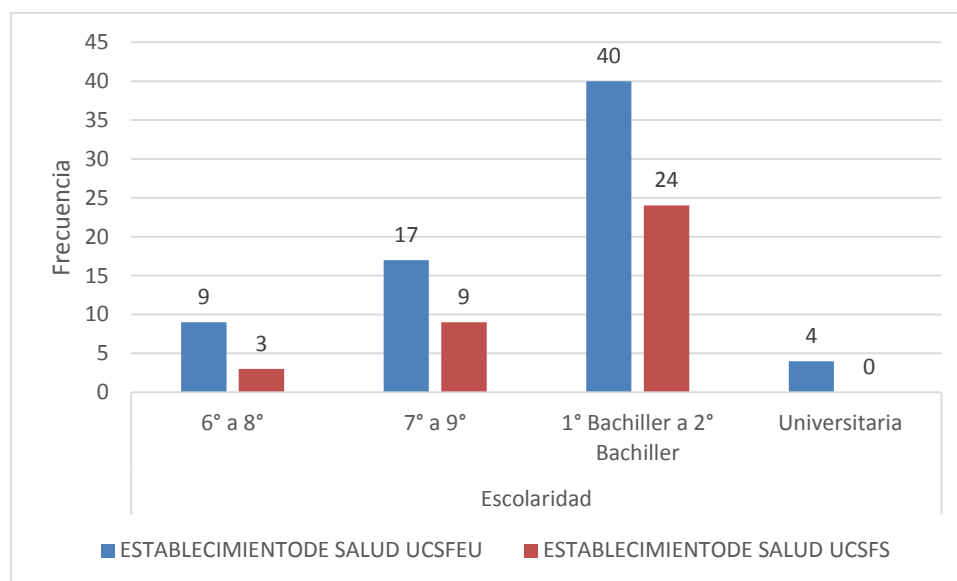


Gráfico 3: Distribución de frecuencia de la escolaridad en adolescentes según establecimientos de salud.

Se puede apreciar que del 100% de adolescentes embarazadas un 60% inicio bachiller, mientras que el 35% tienen un nivel básico de escolaridad y solo el 4% inicio estudio universitario, reflejando así que por el embarazo no pueden continuar estudiando.

Tabla 4: Distribución de frecuencias de las adolescentes que estudian actualmente según establecimientos de salud.

Estudia actualmente				
		Estudia actualmente		Total
		Si	No	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	20	50	70
	UCSFIS	11	25	36
Total		31	75	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad

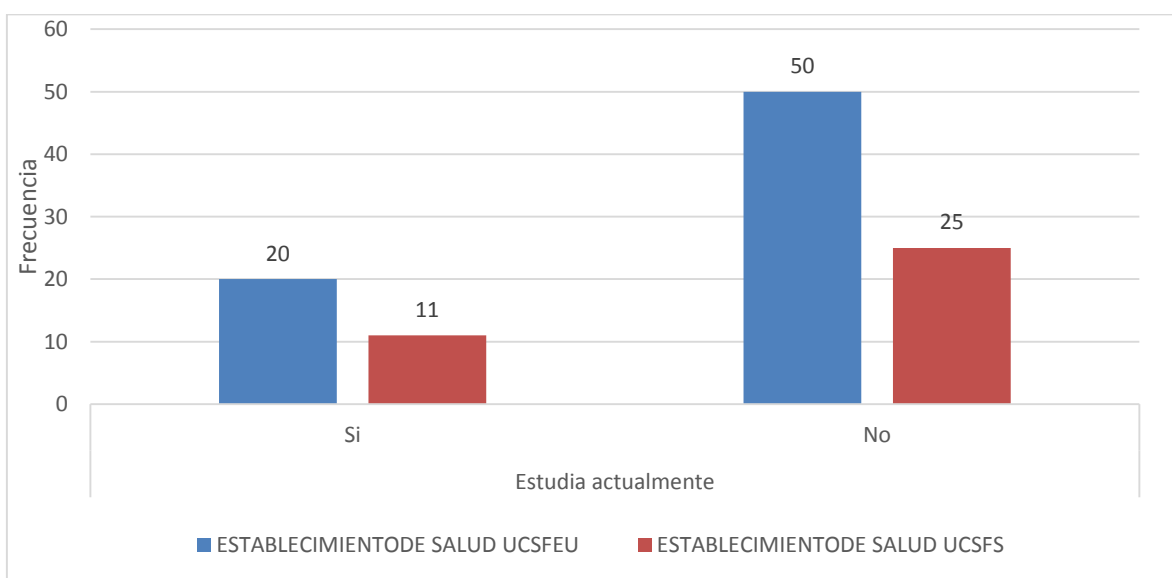


Gráfico 4: Distribución de frecuencias de las adolescentes que estudian actualmente según establecimientos de salud.

El presente gráfico muestra que del 100% de los sujetos estudiados, 71% de ellas no estudia actualmente y solo 29% adolescentes embarazadas continúan con sus estudios; afectando los proyectos de vida de las adolescentes al cambiar el rol en su crecimiento y desarrollo humano.

Tabla 5: Distribución de frecuencias de la situación económica en adolescentes según establecimientos de salud.

Situación económica					
		Situación económica			Total
		Baja	Media	Alta	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	3	67	0	70
	UCSFIS	9	26	1	36
Total		12	93	1	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad

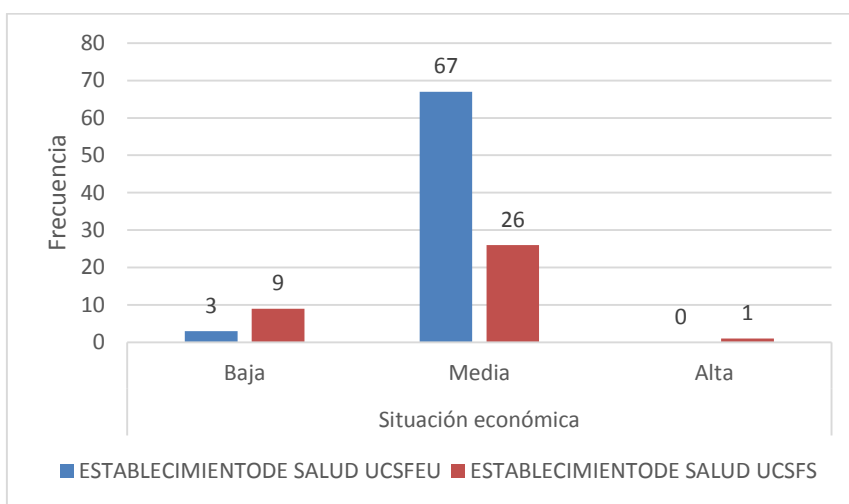


Gráfico 5: Distribución de frecuencias de la situación económica en adolescentes según establecimientos de salud.

En el gráfico se puede visualizar que el 100% de las adolescentes embarazadas considera que tiene una situación económica media 88%, a pesar de ser un área urbana se encontró que de 11% son de economía baja.

Tabla 6: Distribución de frecuencias en las adolescentes que trabajan por embarazo según establecimientos de salud.

Trabaja por embarazo				
		Trabaja por embarazo		Total
		Si	No	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	8	62	70
	UCSFIS	6	30	36
Total		14	92	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad

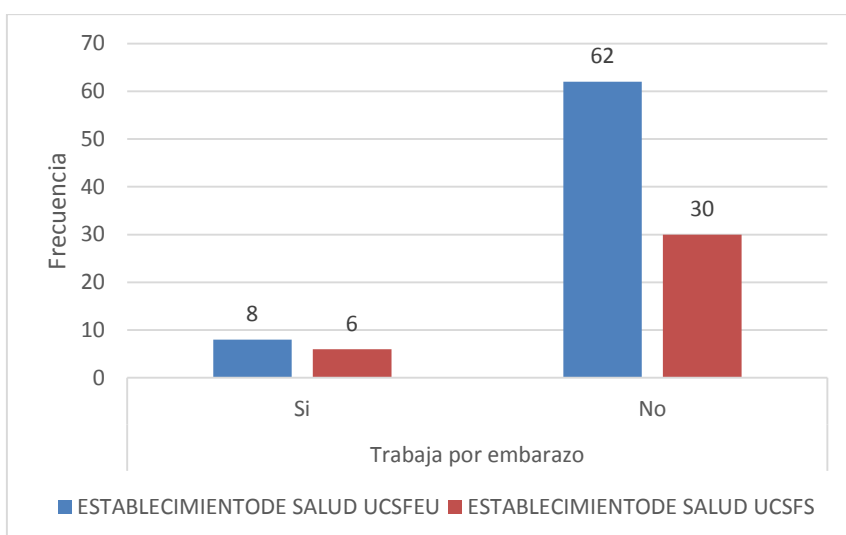


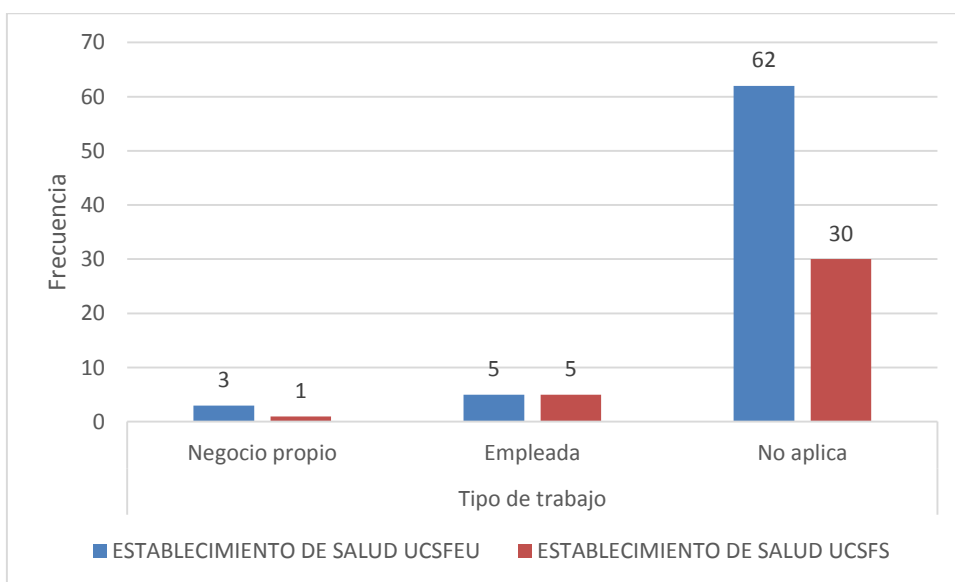
Gráfico 6: Distribución de frecuencias en las adolescentes que trabajan por embarazo según establecimientos

En la presente gráfica podemos observar que del total 100% de adolescentes embarazadas 87% de ellas no trabajan, mientras que 13% de ellas tienen un trabajo informal; esto hace que la falta de oportunidades hacia los adolescentes y con un embarazo es más difícil ubicarse en un trabajo laboral estable y digno para aportar a su familia o los gastos que requiera por su embarazo.

Tabla 7: Distribución de frecuencias del tipo de trabajo que realizan las adolescentes según establecimientos de salud.

Tipo de trabajo					
		Tipo de trabajo			Total
		Negocio propio	Empleada	No aplica	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	3	5	62	70
	UCSFIS	1	5	30	36
Total		4	10	92	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad



Gráfica 7: Distribución de frecuencias del tipo de trabajo que realizan las adolescentes según establecimientos de salud.

En el gráfico se observan que en ambos establecimientos de salud existe por igual cantidad de adolescentes embarazadas que trabajan como empleadas que son 9% mientras que 4% de ellas tiene negocio propio y las que no poseen un trabajo actualmente son 88%

Tabla 8: Distribución de frecuencias de las adolescentes con quienes viven actualmente según establecimientos de salud.

Vive actualmente		Vive actualmente					Total
		Con mis padres	Con mamá	Con mi pareja	Tía	abuelos	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	10	10	43	3	4	70
	UCSFIS	13	10	12	0	1	36
Total		23	20	55	3	5	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad

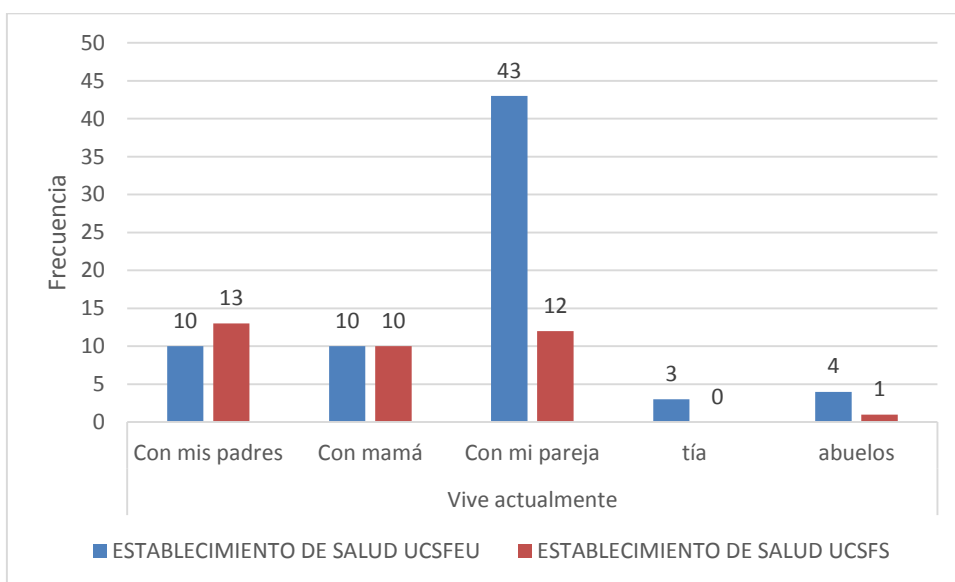


Grafico 8: Distribución de frecuencias de las adolescentes con quien vive actualmente según establecimiento de salud

En el siguiente gráfico muestra que 52% adolescentes embarazadas viven con su pareja, un 23% vive con los padres, mientras que 19% viven con su madre, 4% de ellas con sus abuelos y 2% habita con su tía, existe desintegración en el grupo familiar.

Tabla 9: Distribución de frecuencias de las adolescentes orientadas sobre sexualidad según establecimientos de salud.

Orientada sobre sexualidad				
		Orientada sobre sexualidad		Total
		Sí	No	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	58	12	70
	UCSFIS	29	7	36
Total		87	19	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad

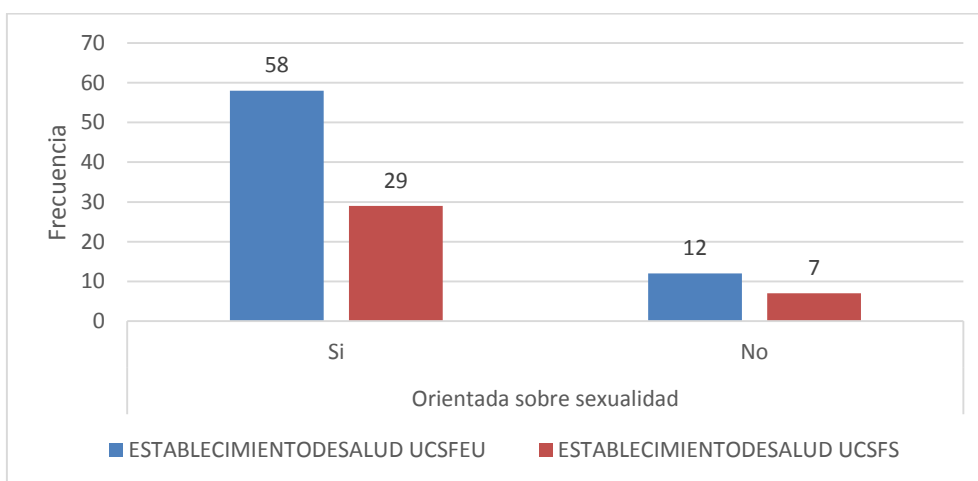


Gráfico 9: Distribución de frecuencias de las adolescentes orientadas sobre sexualidad según establecimientos de salud.

En el gráfico se observa que del 100% de las adolescentes embarazadas, 82% manifestaron haber recibido orientación sobre sexualidad, mientras que 18% lo niegan.

Tabla 10: Distribución de frecuencias de las adolescentes por quienes fueron orientadas según establecimientos de salud.

		Quien la orientó				Total
		Escuela	Padres	Profesionales de la salud	No aplica	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	23	33	7	7	70
	UCSFIS	15	10	9	2	36
Total		38	43	16	9	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad

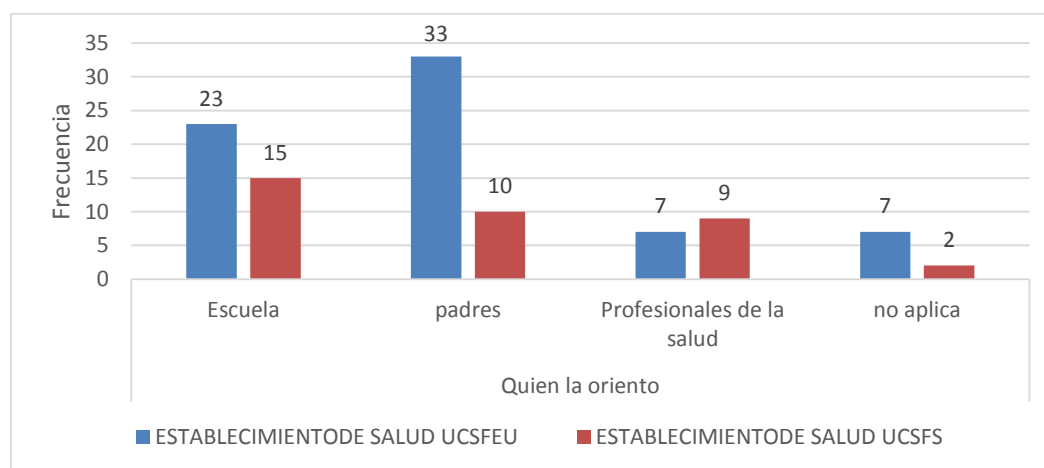


Gráfico 10: Distribución de frecuencias de las adolescentes por quienes fueron orientadas según establecimientos de salud

En el presente gráfico se identifica que 41% padres de 106 adolescentes embarazadas proporcionaron orientación sobre sexualidad, mientras que 36% de ellas lo recibieron por parte de la escuela, 15% por personal de salud, evidenciando que el centro escolar y los padres de familia son de quienes los y las adolescentes reciben información lo cual si no es adecuada con enfoques en la afectividad humana corre el riesgo de que pueden continuar los embarazos en aumento.

Tabla 11: Distribución de frecuencias sobre la reacción de familia al enterarse del embarazo en las adolescentes según establecimientos de salud.

Reacción de la familia al enterarse del embarazo						
		Reacción de la familia al enterarse del embarazo				Total
		Alegría	Enojo y decepción	Tristeza	Rechazo	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	31	28	10	1	70
	UCSFIS	11	11	9	4	36
Total		42	39	19	5	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad

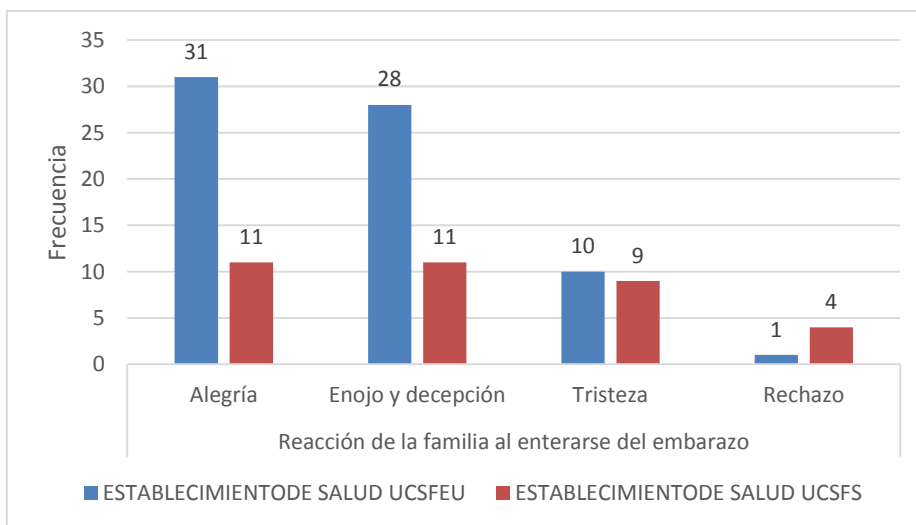


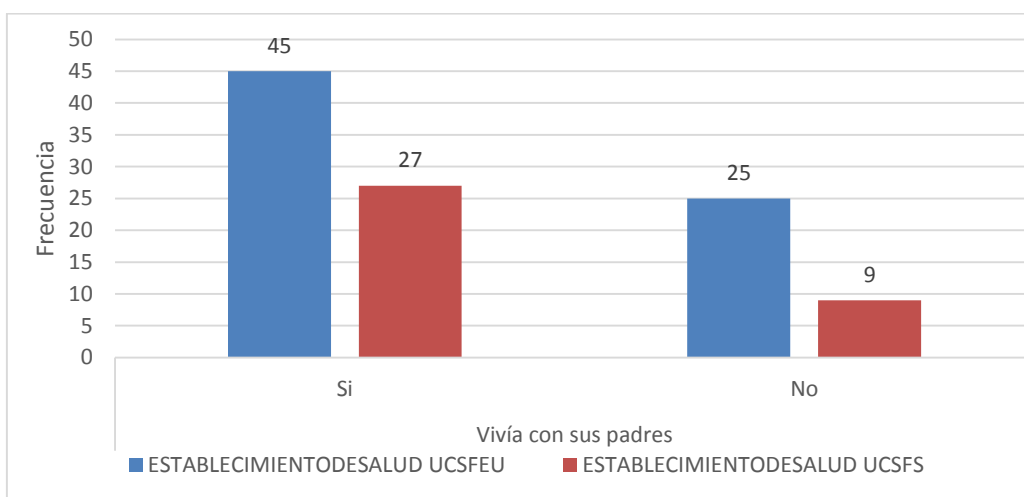
Gráfico 11: Distribución de frecuencias sobre la reacción de familia al enterarse del embarazo en las adolescentes según establecimientos de salud

Estos datos afirman que los familiares presentaron una reacción no favorable para las adolescentes embarazadas ya sea de enojo con 37%, tristeza 18% y rechazo 5%; esto indica la falta de comunicación entre el grupo familiar y las expectativas que se pierden ante un fenómeno de embarazo en la adolescencia.

Tabla 12: Distribución de frecuencias de las adolescentes que vivían con sus padres según establecimientos de salud.

Vivía con sus padres				
		Vivía con sus padres		Total
		Si	No	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	45	25	70
	UCSFIS	27	9	36
Total		72	34	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad



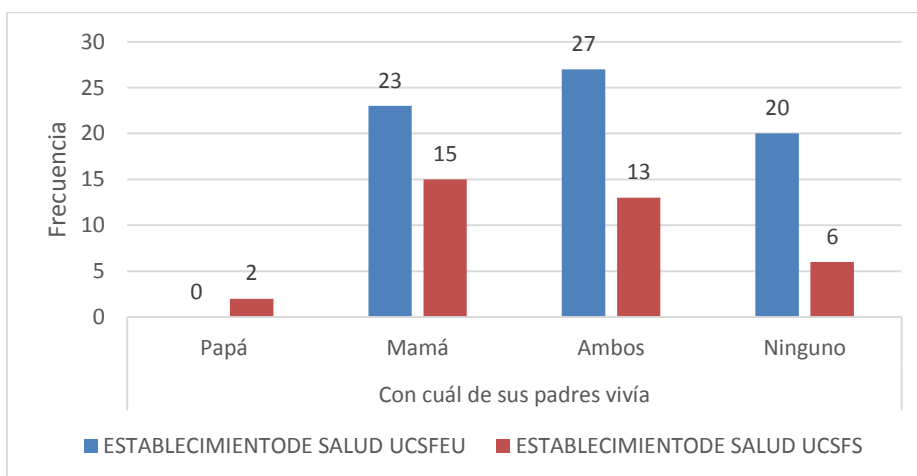
Gráfica 12: Distribución de frecuencias de las adolescentes que vivían con sus padres según establecimientos de salud.

Se observa en la gráfica que de 100% adolescentes, 68% de ellas vivían con sus padres antes de salir embarazada, mientras que 32% no habitaban con sus progenitores.

Tabla 13: Distribución de frecuencias con quien de sus padres vivían las adolescentes según establecimientos de salud.

Con cuál de sus padres vivía						
		Con cuál de sus padres vivía				Total
		Papá	Mamá	Ambo s	Ningun o	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	0	23	27	20	70
	UCSFIS	2	15	13	6	36
Total		2	38	40	26	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.



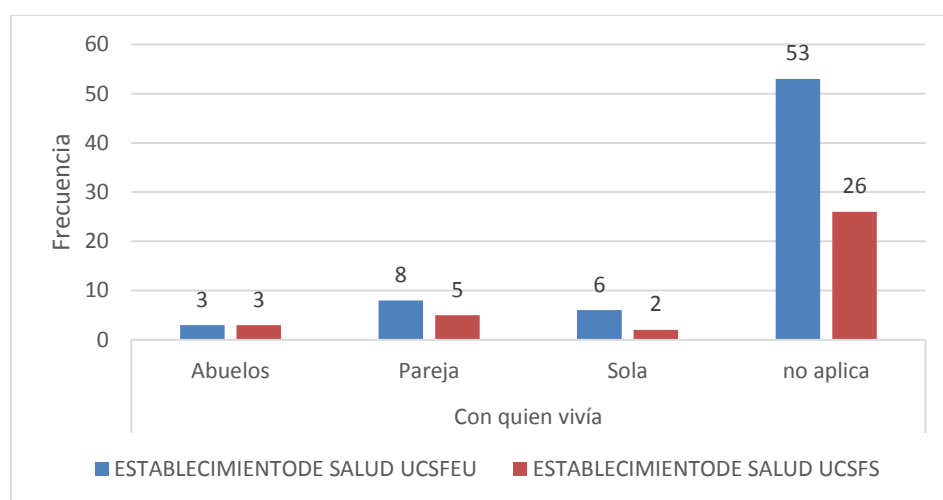
Gráfica 13. Distribución de la frecuencia con quien de sus padres vivían las adolescentes según establecimiento de salud

En el gráfico podemos visualizar que del total del 100% de adolescentes embarazadas 38% de ellas vivían con ambos padres, mientras que 36% solamente con su madre y 2% con su padre; lo anterior refleja que si se da educación con enfoque de la “afectividad y sexualidad humana” para enseñar a valorarse como adolescentes y disminuiría los estadísticos.

Tabla 14: Distribución de frecuencias con quién vivían las adolescentes según establecimientos de salud.

Con quien vivía						
		Con quien vivía				Total
		Abuelos	Pareja	Sola	No aplica	
ESTABLECIMIENT O DE SALUD	UCSFEU	3	8	6	53	70
	UCSFIS	3	5	2	26	36
Total		6	13	8	79	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.



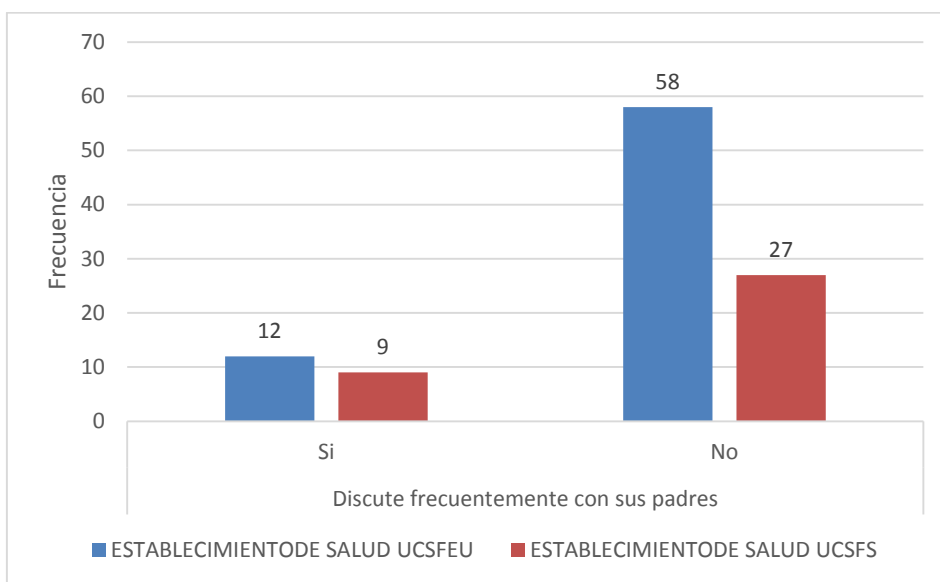
Gráfica 14: Distribución de frecuencias con quién vivían las adolescentes según establecimientos de salud.

En la gráfica podemos observar que el 100% de la población del estudio refieren que antes de quedar embarazadas 12% de ellas vivía con su pareja existiendo una independencia de sus pares o responsables, 7% con sus abuelos deduciendo la formación de las adolescentes por familiares cercanos y otro 7% vivía sola.

Tabla 15: Distribución de frecuencias de las adolescentes que discuten frecuentemente con sus padres según establecimientos de salud.

Discute frecuentemente con sus padres					
			Discute frecuentemente con sus padres		Total
			Si	No	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	12	58	70	
	UCSFIS	9	27	36	
Total		21	85	106	

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad



Gráfica 15: Distribución de frecuencias de las adolescentes que discuten frecuentemente con sus padres según establecimientos de salud

En la gráfica observamos que del 100% adolescentes embarazadas 80% no discuten frecuentemente con sus padres, pero 20% de ellas que si lo hacen.

Tabla 16: Distribución de frecuencias de adolescentes que sus padres consumen algún tipo de droga según establecimientos de salud.

Sus padre consume algún tipo de droga o alcohol					
		Sus padre consume algún tipo de droga o alcohol			Total
		Papá	Mamá	Ninguna	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	5	4	61	70
	UCSFIS	4	2	30	36
Total		9	6	91	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.

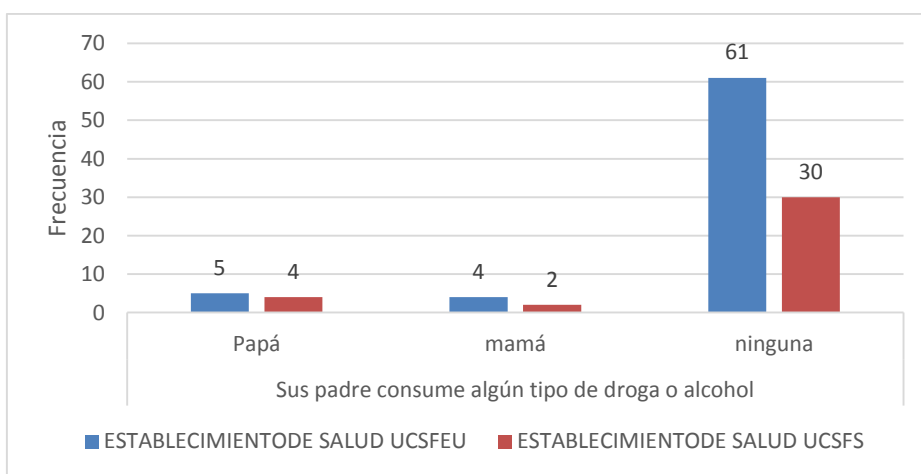


Gráfico 16: Distribución de frecuencias de adolescentes que sus padres consumen algún tipo de droga según establecimientos de salud.

En el gráfico se observa que 86% de las adolescentes embarazadas respondieron que sus padres no consumen drogas o alcohol, mientras que 8% de ellas refieren que el padre consume y 6% que la madre lo hacen.

Tabla 17: Distribución de frecuencias de las adolescentes que recibieron muestras de cariño por sus padres según establecimientos de salud.

Recibió muestras de cariño por sus padre					
		Recibió muestras de cariño por sus padre			Total
		Siempre	Algunas veces	Nunca	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	47	19	4	70
	UCSFIS	18	14	4	36
Total		65	33	8	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.

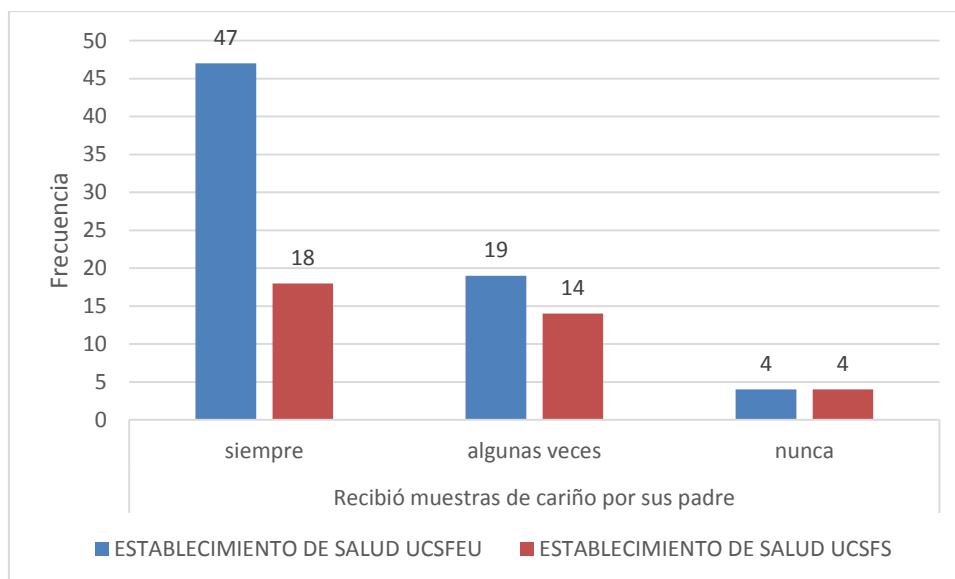


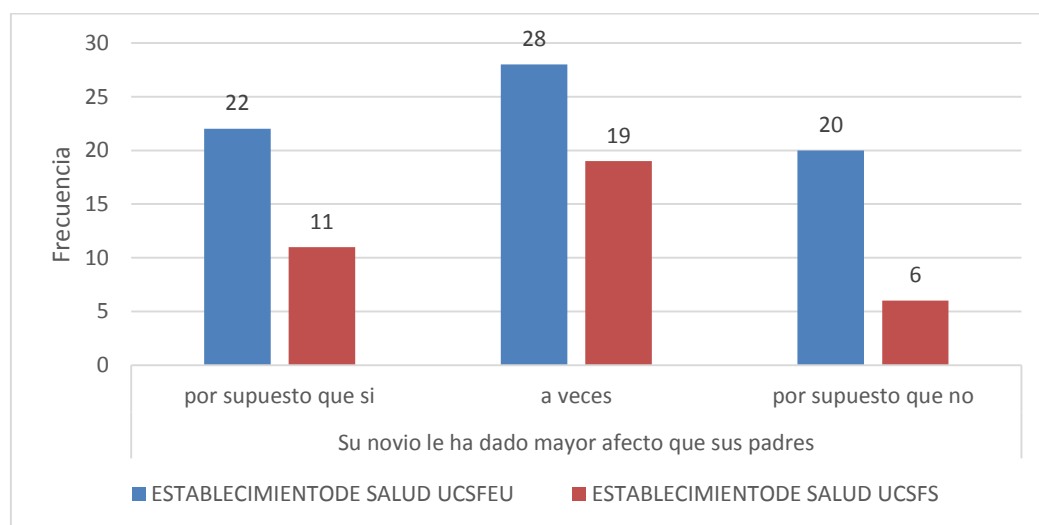
Gráfico 17: Distribución de frecuencias de las adolescentes que recibieron muestras de cariño por sus padres según establecimientos de salud.

En el gráfico se visualiza que de 100% usuarias, 61% de ellas recibían siempre muestras de cariño, mientras que 31% mencionan que algunas veces y 8% restantes que nunca.

Tabla 18: Distribución de frecuencias en las adolescentes que su novio les ha dado mayor afecto que sus padres según establecimientos de salud.

Su novio le ha dado mayor afecto que sus padres					
		Su novio le ha dado mayor afecto que sus padres			Total
		Por supuesto que sí	A veces	Por supuesto que no	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	22	28	20	70
	UCSFIS	11	19	6	36
Total		33	47	26	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad



Gráfica 18: Distribución de frecuencias en las adolescentes que su novio les ha dado mayor afecto que sus padres según establecimientos de salud.

El presente gráfico muestra que de 100% adolescentes embarazadas 44% respondieron que reciben algunas veces mayor afecto por sus padres, 31% de ellas se reciben mayor afecto por parte de su novio que por sus padres; y 25% respondieron que no recibieron mayor afecto por parte de sus novios. Pero esta el 75% adolescentes que fueron vulnerables a sus novios al percibir mayor afecto.

Tabla 19: Distribución de frecuencias de las adolescentes que se consideran valiosas para sus padres según establecimientos de salud.

Se considera valiosa para sus padres						
			Se considera valiosa para sus padres			Total
			Bastante valiosa	Un poco	Nada	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU		51	16	3	70
	UCSFS		24	11	1	36
Total			75	27	4	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.

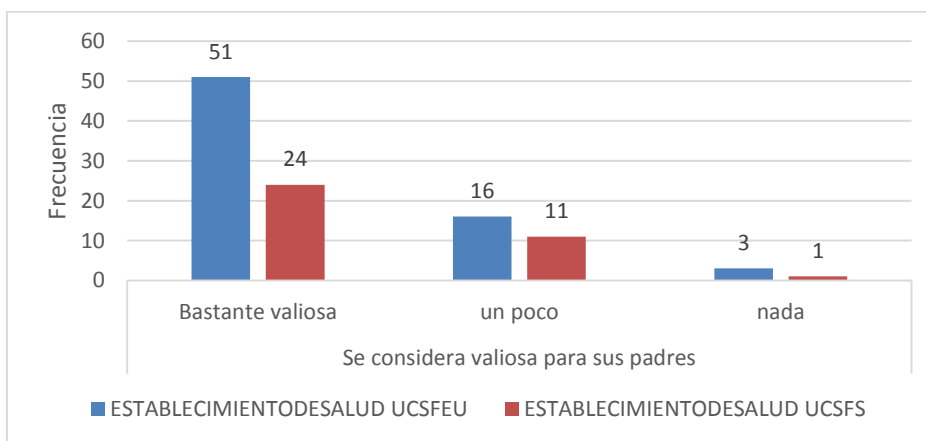


Gráfico 19: Distribución de frecuencias de las adolescentes que se consideran valiosas para sus padres según establecimientos de salud.

El gráfico muestra 71% de las adolescentes embarazadas son bastantes valiosas para sus padres; en segundo lugar, 25% respondieron que se consideran poco valiosas y 4% respondieron que nada.

Tabla 20: Distribución de frecuencias en adolescentes que conversaron con sus padres sobre su proyecto de vida y cómo lograrlo según establecimientos de salud.

Conversó con sus padres sobre proyecto de vida y cómo lograrlo					
		Conversó con sus padres sobre proyecto de vida y cómo lograrlo			Total
		Siempre	Algunas veces	Nunca	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	29	30	11	70
	UCSFIS	7	22	7	36
Total		36	52	18	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.

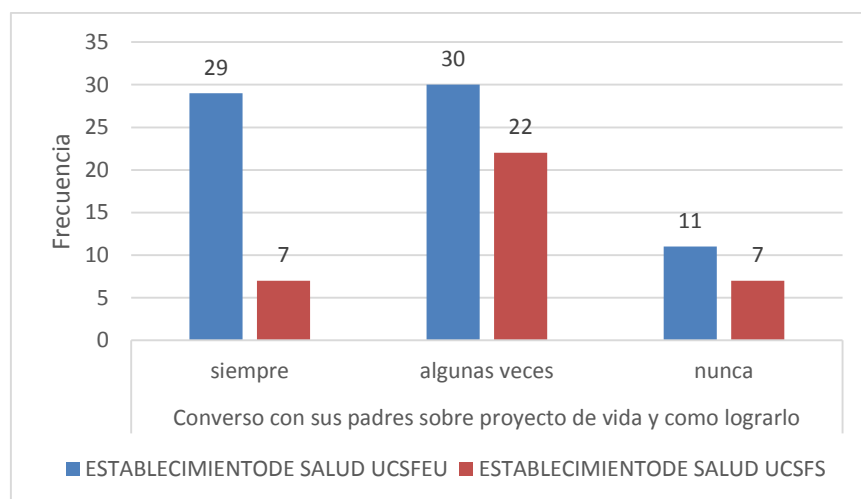


Gráfico 20: Distribución de frecuencias en adolescentes que conversaron con sus padres sobre su proyecto de vida y cómo lograrlo según establecimientos de salud.

Se muestra 49% adolescentes conversaron alguna vez seguido de 34% que refirieron que siempre y 17% que nunca hablaron de ese tema, mostrando cómo la relación familiar y la comunicación con este grupo de jóvenes es incompatible para evidenciar metas a corto y largo plazo en su vida.

Tabla 21: Distribución de frecuencias de las adolescentes que sus padres les explicaron sobre el amor y respeto a su cuerpo según establecimientos de salud.

Sus padres le explicaron sobre el amor y respeto a su cuerpo					
		Sus padres le explicaron sobre el amor y respeto a su cuerpo			Total
		Siempre	Algunas veces	Nunca	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	46	22	2	70
	UCSFIS	18	11	7	36
Total		64	33	9	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad

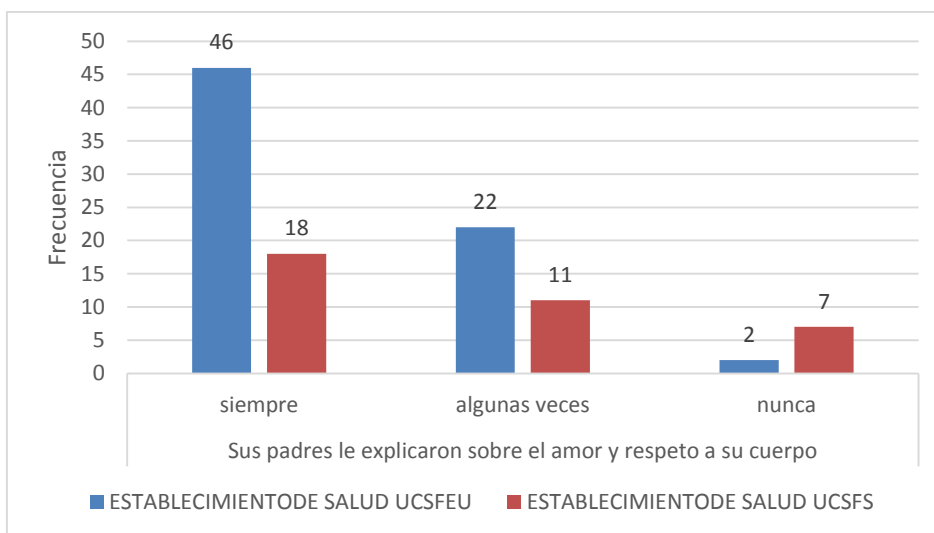


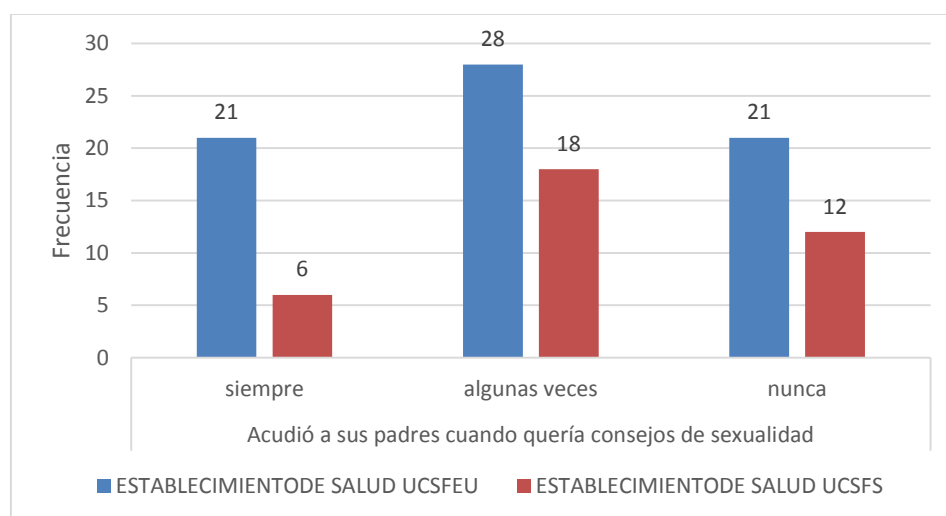
Gráfico 21: Distribución de frecuencias de las adolescentes que sus padres les explicaron sobre el amor y respeto a su cuerpo según establecimientos de salud

El gráfico muestra que de 100% de embarazadas adolescentes a 60% siempre sus padres les explicaron sobre el amor y respeto a su cuerpo, mientras que 31% de ellas algunas veces y 8% nunca; esto indica que los padres deberían proporcionar información sobre la importancia del autocontrol, consecuencias y responsabilidad en la vida.

Tabla 22: Distribución de frecuencias de las adolescentes que acudieron a sus padres cuando querían consejos de sexualidad según establecimientos de salud.

Acudió a sus padres cuando quería consejos de sexualidad					
		Acudió a sus padres cuando quería consejos de sexualidad			Total
		Siempre	Algunas veces	Nunca	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	21	28	21	70
	UCSFIS	6	18	12	36
Total		27	46	33	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.



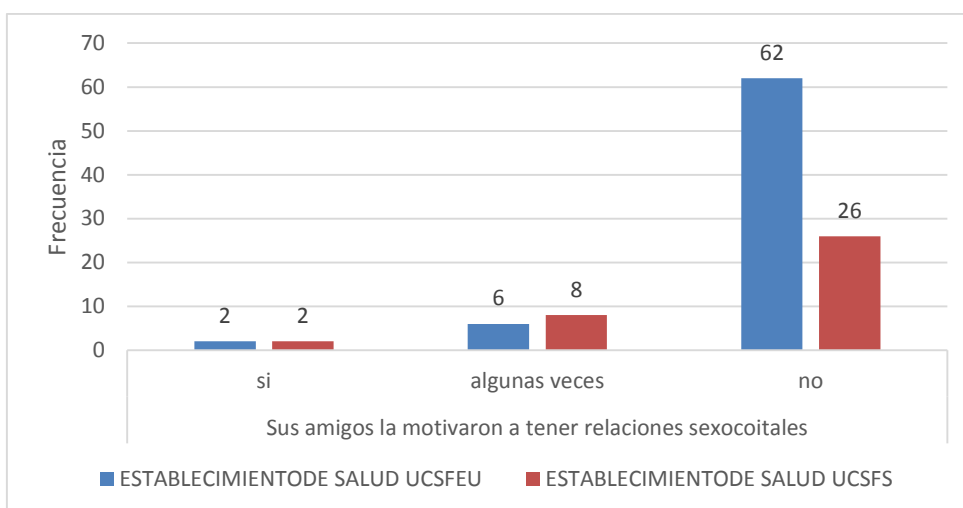
Gráfica 22: Distribución de frecuencias de las adolescentes que acudieron a sus padres cuando querían consejos de sexualidad según establecimientos de salud.

En el presente gráfico se muestra que ha 43% adolescentes acudían algunas veces a sus padres para consejos de sexualidad, mientras que 25% de ellas siempre buscaban sus consejos y solo 31% nunca acudieron a ellos; el nivel de responsabilidad y la comunicación sobre sexualidad sigue siendo un tabú en las familias salvadoreñas.

Tabla 23: Distribución de frecuencias las adolescentes que sus amigos las motivaron a tener relaciones sexuales según establecimientos de salud.

Sus amigos la motivaron a tener relaciones sexocitales					
		Sus amigos la motivaron a tener relaciones sexocitales			Total
		Si	Algunas veces	No	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	2	6	62	70
	UCSFIS	2	8	26	36
Total		4	14	88	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.



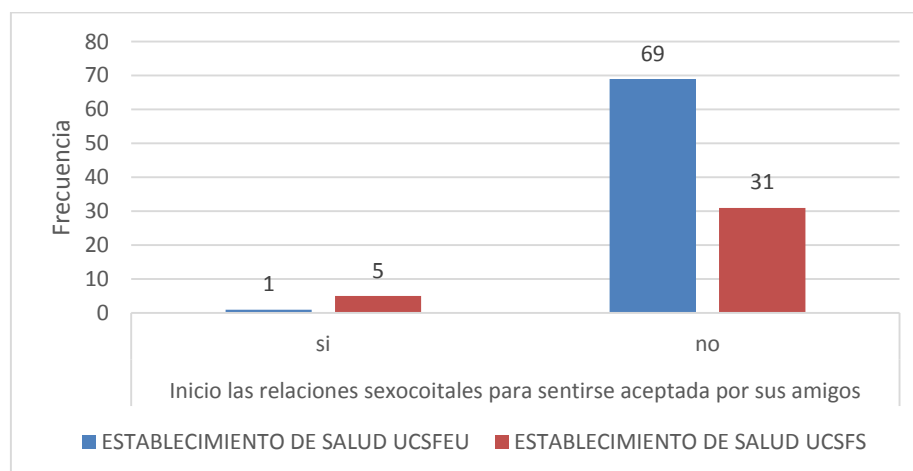
Gráfica 23: Distribución de frecuencias las adolescentes que sus amigos las motivaron a tener relaciones sexuales según establecimientos de salud.

En el siguiente gráfico se afirma que 83% adolescente embarazadas respondieron que sus amigos no la motivaron a tener relaciones sexocitales, mientras que 13% de ellas respondieron que algunas veces y 4% manifestaron ser motivadas por sus amigos.

Tabla 24: Distribución de frecuencias en adolescentes que inicio relaciones sexocitales para sentirse aceptada por sus amigos según establecimientos de salud.

Inicio las relaciones sexocitales para sentirse aceptada por sus amigos				
		Inicio las relaciones sexocitales para sentirse aceptada por sus amigos		Total
		Si	No	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	1	69	70
	UCSFIS	5	31	36
Total		6	100	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.



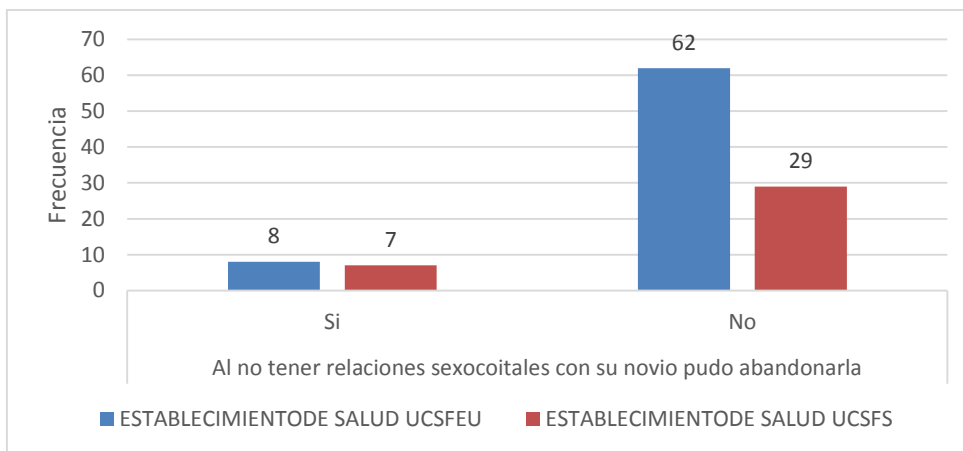
Gráfica 24: Distribución de frecuencias en adolescentes que inicio relaciones sexocitales para sentirse aceptada por sus amigos según establecimientos de salud.

De 100% adolescentes embarazadas 94% de ellas respondieron que no iniciaron relaciones sexocitales para sentirse aceptadas por sus amigos y sólo 6% sujetos de estudios refirieron que sí; al no recibir educación sexual humana por parte de sus familias, la tecnología puede influir para experimentar lo que se publica por espacios sociales.

Tabla 25: Distribución de frecuencias de adolescentes que al no tener relaciones sexocitales con su novio pudo abandonarla según establecimientos de salud.

Al no tener relaciones sexocitales con su novio pudo abandonarla				
		Al no tener relaciones sexocitales con su novio pudo abandonarla		Total
		Si	No	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	8	62	70
	UCSFIS	7	29	36
Total		15	91	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.



Gráfica 25: Distribución de frecuencias de adolescentes que al no tener relaciones sexocitales con su novio pudo abandonarla según establecimientos de salud.

En éste gráfico se identifica que 86% adolescentes respondieron que no estuvieron en riesgo de que sus novios las abandonara si no tenían relaciones sexocitales a diferencia de 14% de ellas que si corrían riesgo.

Tabla 26: Distribución de frecuencias de adolescentes que tuvo relaciones sexocitales porque su novio se lo exigió según establecimientos de salud.

Tuvo relaciones sexocitales porque su novio lo exigió				
		Tuvo relaciones sexocitales porque su novio lo exigió		Total
		Si	No	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	2	68	70
	UCSFIS	6	30	36
Total		8	98	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.

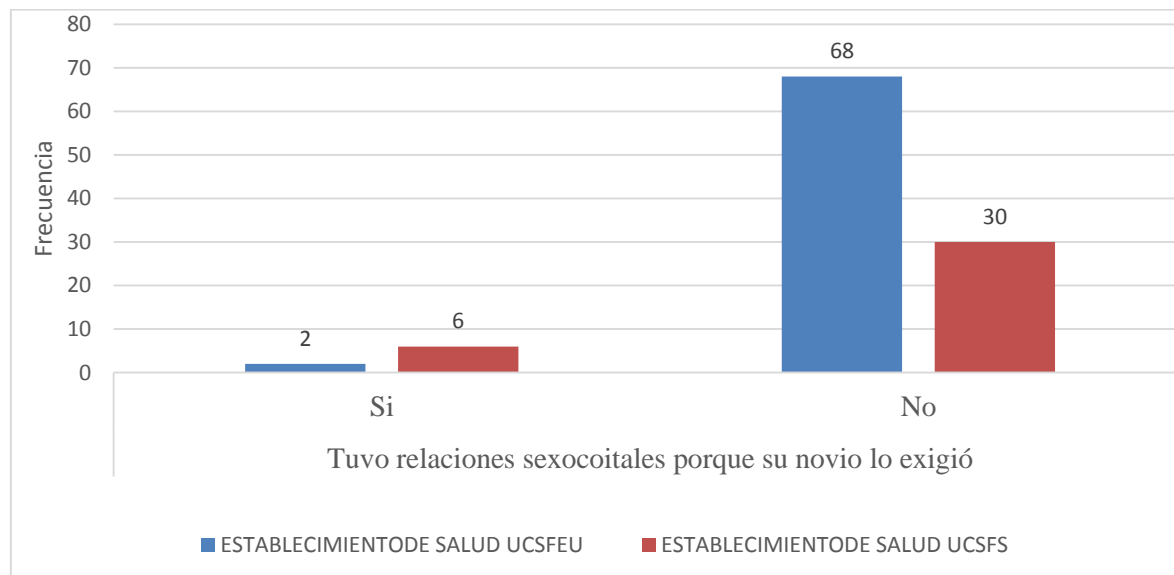


Gráfico 26: Distribución de frecuencias de adolescentes que tuvo relaciones sexocitales porque su novio se lo exigió según establecimientos de salud.

En el gráfico se puede observar que de 100% embarazadas adolescentes 92% no tuvieron relaciones sexocitales porque su novio se los exigió, 8% de ellas respondieron que sí tuvieron relaciones porque su pareja se lo exigió.

Tabla 27: Distribución de frecuencias en adolescentes creen que durante la menstruación no hay riesgo de embarazo según establecimientos de salud.

Durante la menstruación no hay ningún riesgo de embarazo				
		Durante la menstruación no hay ningún riesgo de embarazo		Total
		Falso	Verdadero	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	43	27	70
	UCSFIS	20	16	36
Total		63	43	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.

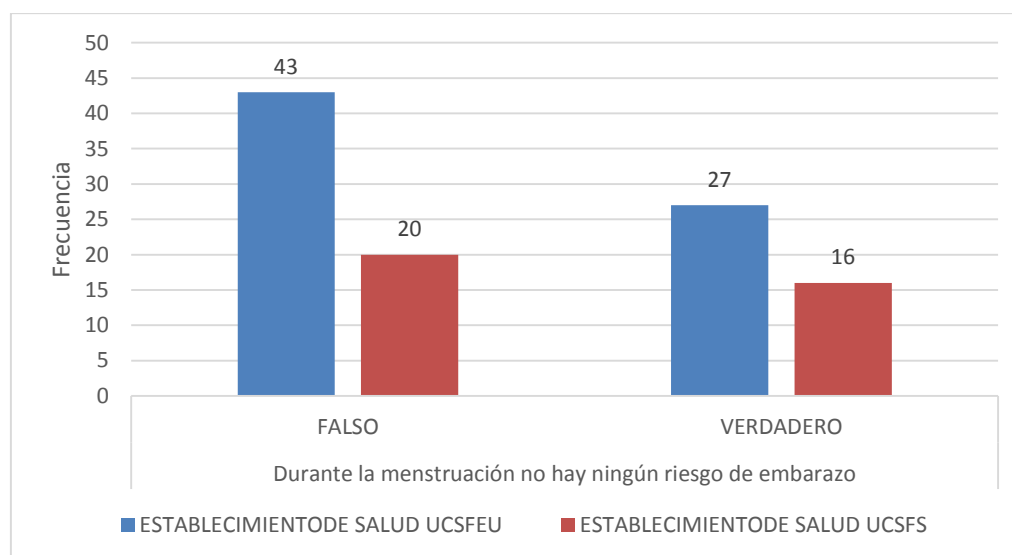


Gráfico 27: Distribución de frecuencias en adolescentes cree que durante la menstruación no hay riesgo de embarazo según establecimientos de salud.

De 100% adolescentes que participaron en el estudio, 59% consideran que es falso que durante la menstruación no hay ningún riesgo de embarazo y 41% de ellas mencionan que es verdadero; este mito es evidencia de la falta de educación en sexualidad humana.

Tabla 28: Distribución de frecuencias en adolescentes piensan que la píldora del día después es un buen método anticonceptivo según establecimientos de salud.

La píldora del día después es un buen método anticonceptivo				
		La píldora del día después es un buen método anticonceptivo		Total
		Falso	Verdadero	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	40	30	70
	UCSFIS	24	12	36
Total		64	42	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.

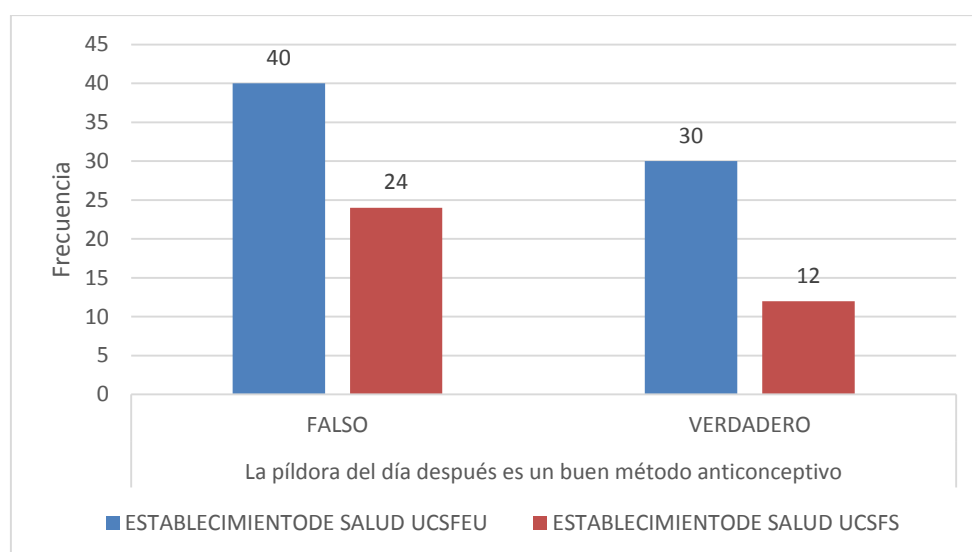


Gráfico 28: Distribución de frecuencias en adolescentes piensan que la píldora del día después es un buen método anticonceptivo según establecimientos de salud.

En la presente gráfica se identifica que del 100% de las adolescentes embarazadas 60% piensan que la píldora del día después no es un buen método anticonceptivo y 40% de ellas responden que es un buen método anticonceptivo, esto evidencia la falta de educación sexual.

Tabla 29: Distribución de frecuencias de adolescentes que cree que el DIU y Diagrama solo sirven para mujeres casadas o pareja estable según establecimientos de salud.

El DIU y diagrama solo sirven para mujeres casadas o pareja estable				
		El DIU y diagrama solo sirven para mujeres casadas o pareja estable		Total
		Falso	Verdadero	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	31	39	70
	UCSFIS	18	18	36
Total		49	57	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.

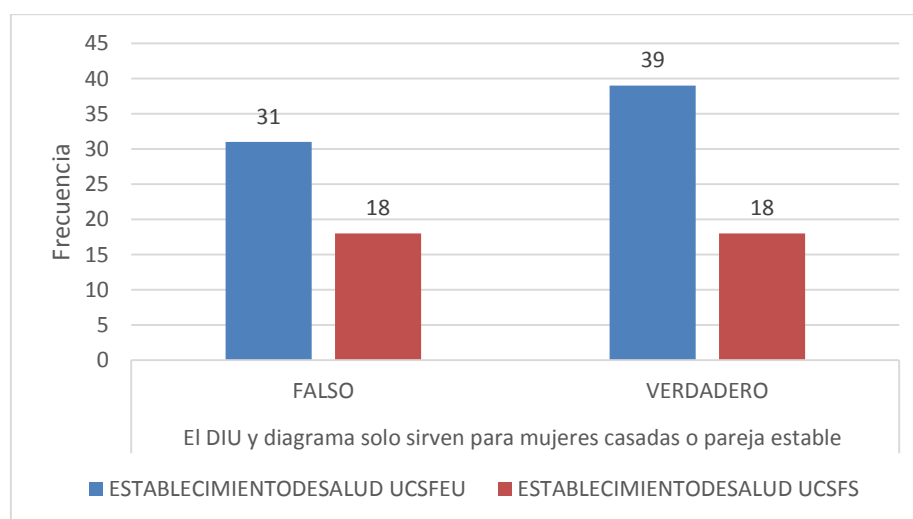


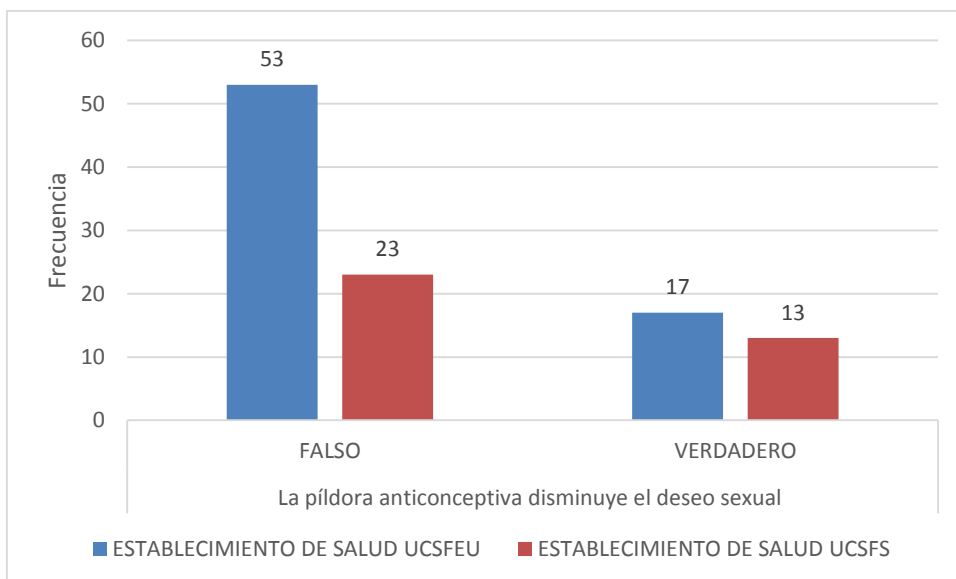
Gráfico 29: Distribución de frecuencias de adolescentes que cree que el DIU y Diagrama solo sirven para mujeres casadas o pareja estable según establecimientos de salud.

El total de población de estudio 54% cree que el DIU solo sirve para mujeres casadas o con pareja estable y 46% de ellas responden es falso, continúa poniéndose en riesgo la salud de las adolescentes al no tener clara la educación en sexualidad.

Tabla 30: Distribución de frecuencias de adolescentes admitiendo que la píldora anticonceptiva disminuye el deseo sexual según establecimientos de salud.

La píldora anticonceptiva disminuye el deseo sexual				
		La píldora anticonceptiva disminuye el deseo sexual		Total
		Falso	Verdadero	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	53	17	70
	UCSFIS	23	13	36
Total		76	30	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.



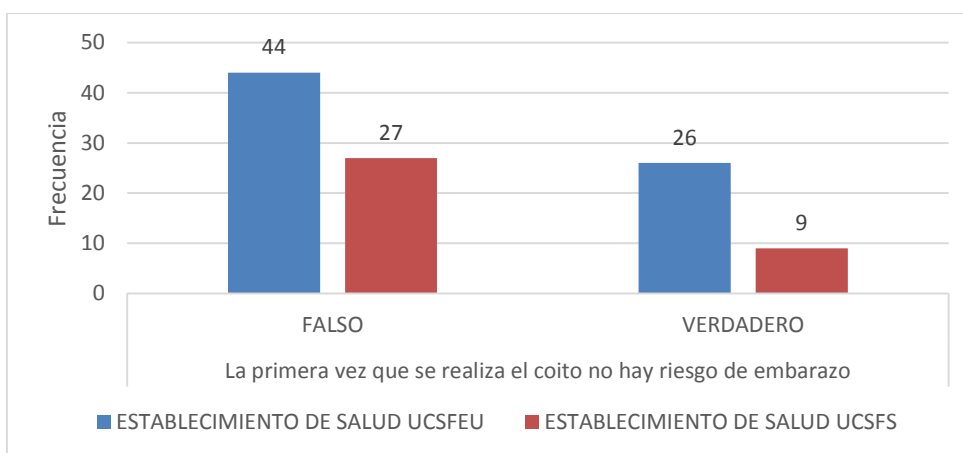
Gráfica 30: Distribución de frecuencias de adolescentes admitiendo que la píldora anticonceptiva disminuye el deseo sexual según establecimientos de salud.

En el gráfico se observa que de 100% de adolescentes embarazadas 72% admiten que la píldora anticonceptiva disminuye el deseo sexual y 28% mencionan que es falso.

Tabla 31: Distribución de frecuencias de las adolescentes creen que la primera vez que se realiza el coito no hay riesgo de embarazo según establecimientos de salud.

La primera vez que se realiza el coito no hay riesgo de embarazo				
		La primera vez que se realiza el coito no hay riesgo de embarazo		Total
		Falso	Verdadero	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	44	26	70
	UCSFIS	27	9	36
Total		71	35	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.



Gráfica 31: Distribución de frecuencias de las adolescentes cree que la primera vez que se realiza el coito no hay riesgo de embarazo según establecimientos de salud.

La población estudiada de 100% adolescentes embarazadas 67% responde que es falso que la primera vez que se realiza el coito no hay riesgo de embarazo y 33% creen que es verdadero; se mantiene la necesidad de ser educados en Salud Sexual y Reproducción Humana.

Tabla 32: Distribución de frecuencias en adolescentes afirman que la píldora puede causar esterilidad y por su puesto engorda según establecimientos de salud.

La píldora puede causar esterilidad y por supuesto engorda				
		La píldora puede causar esterilidad y por supuesto engorda		Total
		Falso	Verdadero	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	24	46	70
	UCSFIS	10	26	36
Total		34	72	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.

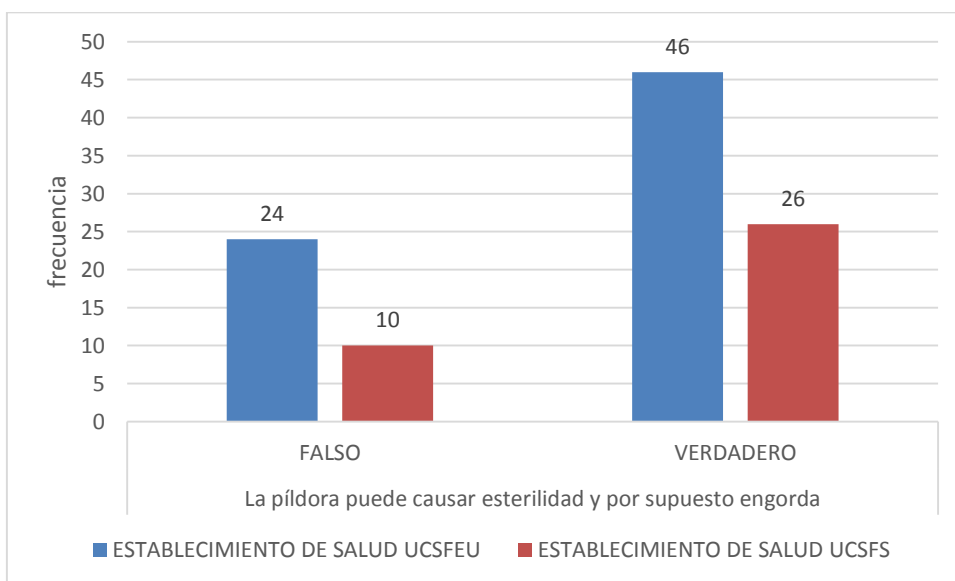


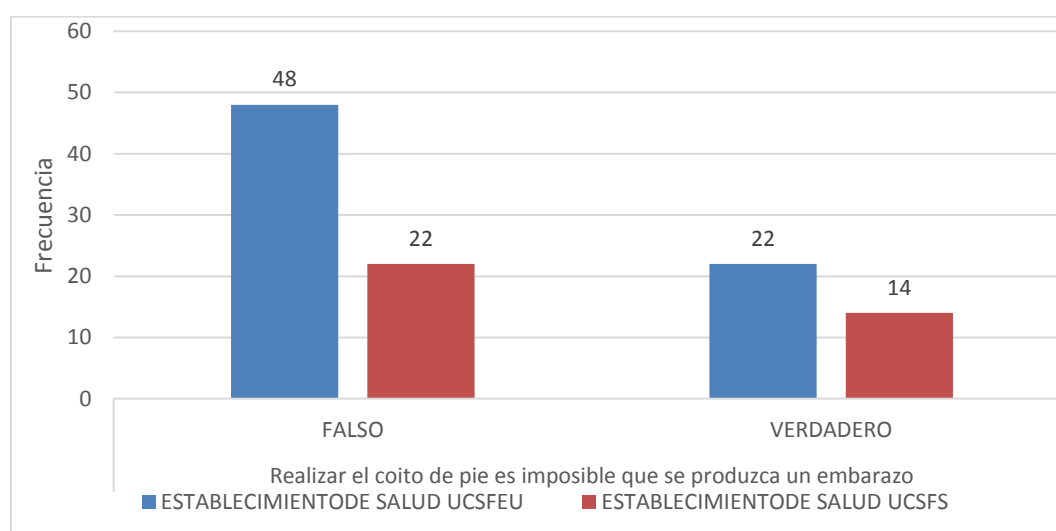
Gráfico 32: Distribución de frecuencias en adolescentes afirma que la píldora puede causar esterilidad y por su puesto engorda según establecimientos de salud.

De 100% adolescentes embarazadas 68% afirman que la píldora puede causar esterilidad y que por supuesto engorda mientras que 32% de ellas responden que es falso; si las adolescentes mantienen un déficit de conocimientos sobre reproducción y salud sexual humana, no se evitarán que se den embarazos no deseados.

Tabla 33: Distribución de frecuencias en adolescentes, admiten que al realizar el coito de pie es imposible que se produzca un embarazo según establecimientos de salud.

Realizar el coito de pie es imposible que se produzca un embarazo				
		Realizar el coito de pie es imposible que se produzca un embarazo		Total
		Falso	Verdadero	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	48	22	70
	UCSFIS	22	14	36
Total		70	36	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.



Gráfica 33: Distribución de frecuencias en adolescentes, admiten que al realizar el coito de pie es imposible que se produzca un embarazo según establecimientos de salud.

En la presente gráfica las adolescentes embarazadas 66% admiten que al realizar el coito de pie es posible que se produzca un embarazo mientras que 34% responden que es imposible, este número de adolescentes es minoría, pero carecen de educación en salud sexual humana y reproductiva.

Tabla 34: Distribución de frecuencias de las adolescentes creen que las duchas vaginales son métodos anticonceptivos según establecimientos de salud.

Las duchas vaginales son un método anticonceptivo				
		Las duchas vaginales son un método anticonceptivo		Total
		Falso	Verdadero	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	46	24	70
	UCSFIS	30	6	36
Total		76	30	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad

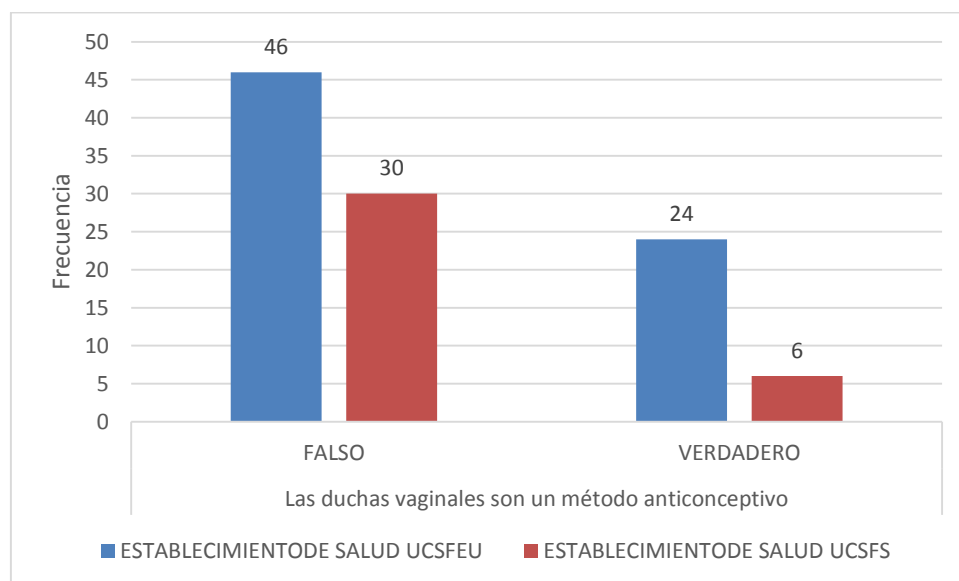


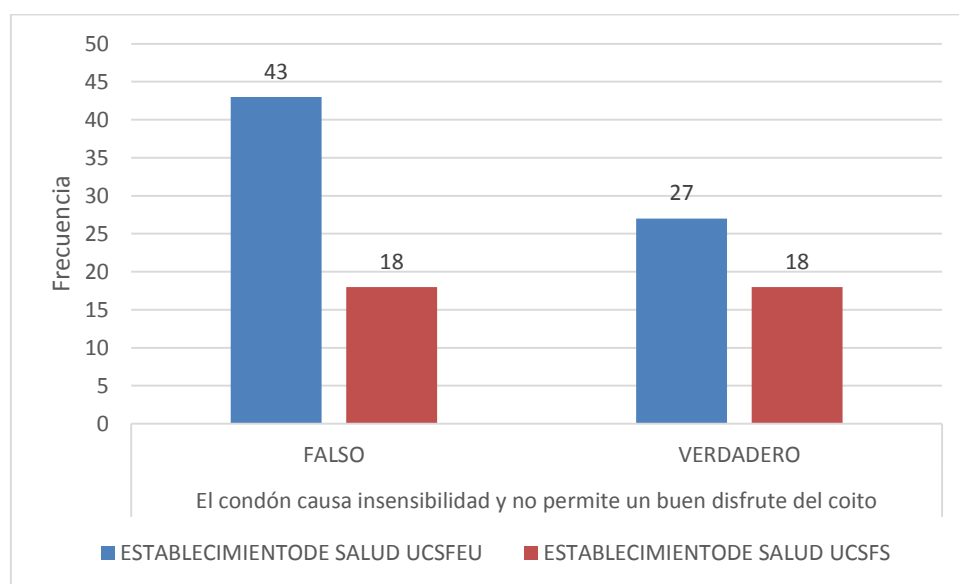
Gráfico 34: Distribución de frecuencias de las adolescentes cree que las duchas vaginales son métodos anticonceptivos según establecimientos de salud.

En la gráfica se observa que 72% adolescentes embarazadas creen que es falso que las duchas vaginales son métodos anticonceptivos mientras que 28% de ellas respondieron que si es verdadero de igual manera se evidencia la carencia de educación en salud sexual humana y reproductiva.

Tabla 35: Distribución de frecuencias en adolescentes que aseguran el condón causa insensibilidad y no permite un buen disfrute del coito según establecimientos de salud.

El condón causa insensibilidad y no permite un buen disfrute del coito				
		El condón causa insensibilidad y no permite un buen disfrute del coito		Total
		Falso	Verdadero	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCSFEU	43	27	70
	UCSFIS	18	18	36
Total		61	45	106

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.



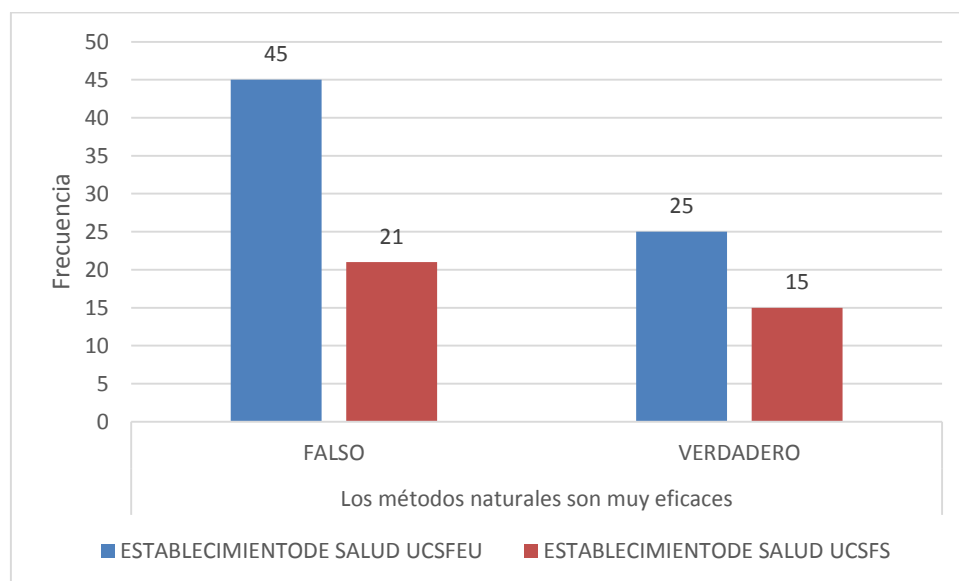
Gráfica 35: Distribución de frecuencias en adolescentes que aseguran el condón causa insensibilidad y no permite un buen disfrute del coito según establecimientos de salud.

De 106 adolescentes embarazadas 58% aseguran que es falso que el condón causa insensibilidad y no permite un buen disfrute del coito y 42% considera que es verdad esto aumenta el riesgo no solo de un embarazo no deseado sino, de padecer Enfermedades Transmisión Sexual.

Tabla 36: Distribución de frecuencias de las adolescentes piensan que los métodos naturales son muy eficaces según establecimientos de salud.

Los métodos naturales son muy eficaces					
			Los métodos naturales son muy eficaces		Total
			Falso	Verdadero	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD		UCSFEU	45	25	70
		UCSFIS	21	15	36
Total		66	40	106	

Fuente: Elaboración propia, tomado del cuestionario sobre Factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos, dirigido a adolescentes de 15 a 19 años de edad.



Gráfica 36: Distribución de frecuencias de las adolescentes considera que los métodos naturales son muy eficaces según establecimientos de salud.

Del total de usuarias encuestadas 62% mencionan que los métodos naturales no son muy eficaces y 38% sujetos estudiados consideran que es verdadero considerando las edades es difícil que puedan utilizar éste método por la falta de autocontrol en las relaciones sexuales.

b. Análisis de Hipótesis.

Análisis cualitativos

a. Edad: Al realizar el levantamiento de datos se evidenció que entre las edades de 15 a 18 años representa 61% de las adolescentes embarazadas encuestadas y solo un 39% son de la edad de 19 años. Esto indica que no son aptas para la etapa de la gestación ya que anatómica y psicológicamente no están preparadas para el desarrollo saludable de un embarazo.

b. Escolaridad: Dentro de los resultados de las encuestas se evidencia que 36% de las adolescentes embarazadas cursaron hasta un nivel básico, mientras que un 60% logró iniciar bachiller y 4% estudios universitarios. Evidenciando que hay deserción escolar debido a los cambios que presentar al estar embarazada negándole su derecho de continuar sus estudios.

c. Situación económica: En el país es difícil encontrar un trabajo aceptable que pueda cubrir con los gastos necesarios para sobrevivir día con día, por lo cual para una adolescente embarazada es todavía más difícil encontrar un trabajo aceptable debido a que las empresas no contratan a mujeres gestantes, es por eso que algunas de ellas al verse en la necesidad económica deciden quedarse con sus padres o suegros; se evidencia que el resultado económico de las adolescentes embarazadas encuestadas es de 88% con nivel económico medio, 11.3% es baja.

d. Orientación Sexual: Se identifica que en los resultados obtenidos 82% de las adolescentes embarazadas recibieron orientación sexual y un 18% no recibió; estos son datos alarmantes debido a que la información que se les proporciona a los jóvenes no es correcta lo cual ayuda al incremento de los embarazos no deseados.

En el Salvador hay muchos hogares disfuncionales ya sea por la separación de los padres, abandono del hogar, emigración entre otros, esto se puede evidenciar en los resultados de las

encuestas que se pasaron a las adolescentes embarazadas de las unidades de salud comunitaria de Soyapango, encontrando que 38% vivía con ambos padres, 36% de ellas habitaba ya sea con su madre o con su padre y un 24% viven solas o con algún pariente cercano; esto influye a que los adolescentes busquen el afecto de sus amigos que no lo recibieron de sus padres evidenciando que el 61% manifestó que recibe muestra de cariño por parte de sus padres, 31% algunas veces y 8% que nunca.

Los adolescentes muchas veces buscan la aprobación de sus pares para ser aceptados en su grupo de amigos por lo cual siguen sus consejos; esto demuestra que 83% de las adolescentes embarazadas no fueron motivadas por parte de sus amigos para tener relaciones sexuales, 13% algunas veces y un 4% afirma que fueron motivadas.

La salud sexual reproductiva es un tema tabú para muchos padres ya que para ellos no son conversaciones adecuadas para sus hijos porque temen que al orientarlos tengan curiosidad sexual, por lo cual los adolescentes deciden buscar información por su propia cuenta a través del internet o sus amistades que experimentaron alguna vez las relaciones sexuales esto se puede observar en los resultados de las encuestas que se realizaron en las adolescentes embarazadas de los establecimientos de salud en Soyapango del 100% de la población 41% refirió que fueron sus padres quienes las orientaron sobre el tema de sexualidad, 36% fue la escuela y un 15% los profesionales de salud.

Las causas por las que hay un incremento de embarazos en la población, es la falta de orientación sobre salud sexual y reproducción humana porque entre sus iguales mantienen mitos y creencias esto se evidencia que el 68% creen que es verdadero que la píldora puede causar esterilidad y por supuesto engorde y 32% creen que es falso; 66% creen que al realizar el coito de pie es imposible que se produzca un embarazo y 34% piensan que es verdadero esto indica que los jóvenes practican relaciones sexuales sin ninguna responsabilidad, reflejando así la falta de conocimiento.

II. Discusión de Resultados

La adolescencia es la etapa de los seres humanos que permite el desarrollo de sus ideales adoptando nuevos conocimientos desde una perspectiva muy diferente a la de su niñez. Es el momento más oportuno para instruir sobre aspectos que benefician a la salud tanto física como psicológicamente. En los establecimientos de salud, existen programas que aportan en la educación en ciertos temas dirigidos a los adolescentes, tales como “Sin daños a terceros”, prevención del alcoholismo y drogadicción, estos se imparten tanto en los centros escolares como dentro de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar. Sin embargo, se interviene parcialmente en temas relacionados a la salud sexual y reproducción humana, la afectividad, la educación sexual, los proyectos de vida, entre otros.

Otra área donde es deficiente la enseñanza de temas relacionados con la sexualidad son los centros escolares, por la preparación en el área biológica, pero con carencia en el enfoque afectivo. Por lo tanto, al proporcionar educación genitalista y despertar en sus alumnos el deseo de iniciar las relaciones sexuales, En el resultado de las encuestas que se realizaron en 2 establecimientos de salud, del área del municipio de Soyapango, está en segundo lugar los centros escolares que fueron quienes orientaron sobre sexualidad.

La familia es parte fundamental de la sociedad, ya que es donde los hijos reciben inicialmente educación sobre los valores, tanto morales como espirituales; la afectividad, como muestras de cariño de padres a hijos y la pertenencia, el respeto a su cuerpo, entre otros. Pero, si los adolescentes escuchan esta información de su núcleo familiar de forma censurada, errónea y no evidencien los valores en el entorno; no tendrán la confianza de exponer sus dudas acerca de ellos y utilizarán información que nada le beneficiará, sino al contrario les harán vivir consecuencias que marcarán el resto de su vida. O si el ambiente del hogar es de una familia disfuncional, esto influirá de forma negativa a las adolescentes, tomando la decisión de abandonar los estudios académicos por cohabitar con su pareja, ya sea porque salió embarazada o por sentirse apreciada.

En la adolescente es muy significativo la reacción que tenga la familia al enterarse de su embarazo de ello dependerá cómo recibirá a su bebé, si lo rechazará, abandonará o si será un motivo de superación. Esto se relaciona con el apoyo de su familia para continuar con sus estudios o interrumpirlos para cuidar y dedicarse solamente de ese nuevo ser, sin continuar los proyectos de vida.

Por ello es importante, que los padres o responsables de los adolescentes, sean quienes les proporcione información confiable asimismo basándose en sus propias experiencias para que sus hijos eviten pasar por muchos problemas desde la deserción escolar, los embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, entre otros.

Las amistades durante la adolescencia son mucho más influyentes que todos los círculos ya mencionados; para esa etapa cuando no existe comunicación dentro del grupo familiar firme, valen más los consejos de sus amigas y amigos, que el de los profesionales de la salud, sus maestros, sus padres o responsables, ya que poseen necesidad por escuchar y practicar los buenos hábitos. Lastimosamente es una de las causas de los embarazos en adolescentes, porque emplean los mitos y creencias que se comunican entre sí. Prueba de ellos, en el estudio se reflejan un déficit de conocimiento sobre la salud sexual y reproducción humana como el manejo correcto de los anticonceptivos.

IX. Conclusiones y recomendaciones.

a. Conclusiones

De acuerdo al resultado del estudio sobre “Factores socioculturales que influyen en el aumento de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años de edad” realizados en los centros de salud Soyapango y Unicentro en el periodo de junio 2016 a marzo 2017, se concluye:

1. El municipio de Soyapango se considera como 2° lugar en inscripciones de adolescentes embarazadas en las unidades comunitarias de salud familiar, con 638 durante el año 2015; en el estudio se encontró que existen 3 grandes variables sociodemográficas como: la edad, situación económica y orientación sexual que influyen al aumento de casos de embarazos.
2. En los casos de embarazos en adolescentes influye la familia disfuncional ya que algunos de los padres o responsables con los que habitaban presentan un comportamiento inaceptable esto hace que el crecimiento individual de las jóvenes no sea adecuado por lo cual no hay una buena comunicación y se refugian en sus iguales para llenar las necesidades afectivas, de las cuales pueden ser influyentes al momento de tomar una decisión.
3. La carencia de conocimientos acerca de la sexualidad humana y la influencia de medios sociales; amigos que proporcionan conocimientos erróneos sobre las relaciones sexuales y la aplicación de la mala información conlleva a los embarazos no deseados por la práctica de mitos y creencias los cuales se han encontrado como: durante la menstruación no hay ningún riesgo de embarazo, la píldora del día después es un buen método anticonceptivo, El DIU y diagrama solo sirven para mujeres casadas, la píldora anticonceptiva disminuye el deseo sexual, la primera vez que se realiza el coito no hay riesgo de embarazo, realizar el coito de pie es imposible que se dé un embarazo, el condón causa insensibilidad y no permite un buen disfrute del coito.

b. Recomendaciones

Finalizada la tesis y basándonos en los resultados que se reflejan en la investigación es necesario realizar cambios en la forma de proporcionar información adecuada hacia los adolescentes, por lo cual se recomienda:

1. Diseñar un plan educativo para fortalecer y actualizar los conocimientos de las adolescentes que no están embarazadas basándose en los temas de:

- Salud sexual y reproducción humana.
- Abstinencia.
- Respeto al cuerpo
- Proyecto de vida.

A través de reuniones con profesionales de la salud; médico o enfermera comunitaria, a los y las adolescentes que esperan pasar consulta en los establecimientos de salud, para que expongan dudas sobre las temáticas anteriormente mencionadas.

2. Promocionar la afectividad humana en los establecimientos de salud y centros educativos dirigida hacia los padres de familia. Esto se puede lograr en alianza del Ministerio de Salud con Ministerio de Educación y fortaleciendo la estrategia “Sin daños a terceros”.

3. Orientar los métodos de planificación familiar en los centros de salud dirigida a la población tanto femenina como masculina considerando con mayor impacto a las adolescentes.

4. A la población de las adolescentes embarazadas, incluir en los temas de los Club, acerca del proyecto de vida, la autovaloración y respeto de su cuerpo.

Referencia Bibliográfica

Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescente*. (7° Ed). Madrid, España: Médica Panamericana.

Ballano, F. y Arroyo, A. (s.f.). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid, España: Ed. Editex S.A.

Cerruti, S., y otros. (1992). *Sexualidad Humana. Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual*. (4° Ed). Montevideo, Uruguay.

Cordón-Colchón, J. (2008). Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo. *Matronas profesión* 9(3), pp. 9-10. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/rs/249/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/c9d>

Cubías, T. (29 de agosto de 2016). Alerta por incremento de embarazos en adolescentes. *Elsalvador.com*. Disponible:
<http://archivo.elsalvador.com/noticias/EDICIONESANTERIORES/agosto29/NACIONAL/nacio6.html>

Delval, J. (2008). *El desarrollo humano*. Madrid, España: Siglo XXI de España

De Irala, J., López Del Burgo, C. Y Otros (2008). *Informe adolescentes Concultura Estilo de vida de los estudiantes adolescentes de El Salvador*. El Salvador, Guatemala, España e Italia.

Donini, A., y otros. (2005). *Sexualidad y familia. crisis y desafíos frente al siglo XXI*. Buenos Aires, Argentina: Novedades Educativas.

- Erestra, M., y Otros. (2013). *Relaciones afectivas y Sexualidad en la adolescencia*.
[Documento en línea] Disponible en:
<http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf>
- Estalovsky, B. (s.f.). *Adolescentes: Claves para una sexualidad responsable*. Buenos Aires, Argentina: Imaginador.
- Estévez, E., y Otros. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia, España: Culturals Valencianes S.A.
- FESAL. (2008). *Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL- 2008* [Documento en línea]. Informe Final octubre 2009. Disponible en:
<http://www.fesal.org.sv/2008/informe/final/espanol/descargas/InformeFinal/InformeFinal-FESAL2008.pdf>
- García, J. (2006). *Adolescentes: guía en el caminar para la formación integral* Ed. STJ. Barcelona, España.
- Issler, J. (2011). *Embarazo en la Adolescencia*. [Documento en línea] Chile. Disponible en:
<https://es.scribd.com/document/68744783/EMBARAZO-EN-LA-ADOLESCENCIA-Dr-Juan-R-Issler-Revista-de-Posgrado-de-la-Catedra-VIa-Medicina-N107-Ago2001>
- Izquierdo, C., (2000). *Afectividad y Sexualidad Juvenil*., Caracas, Venezuela: Hijas de San Pablo.

- Lewis, G., y Otros. (2014). *Informe de Situación de la Niñez y Adolescencia en El Salvador* [Documento en línea] El Salvador. Disponible en:
https://www.unicef.org/elsalvador/Informe_de_situacion_de_la_NNA_en_El_Salvador.pdf
- Lowdermilk, D. L., Perry, Shannon E., y Bobak, I. M. (1997). *Enfermería Materno-Infantil*. Barcelona, España: Editorial Océano
- Molina, R. (2011). *El embarazo en adolescentes menores de 15 años de América Latina y El Caribe*. Lima, Perú: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y reproductivos PROMSEX
- Morduchowicz, R., Marco, A., Silvestre, V., y Balestrini, F. (2010). *Los Adolescentes y las Redes Sociales* [Documento en línea] Argentina. Disponible en:
<http://www.me.gov.ar/escuelaymedios/material/redes.pdf>
- Martínez-Otero, V. (2000). *Formación integral de adolescentes. Educación personalizada y Programa de Desarrollo Personal (PDP)* (1º Ed.) Madrid, España: Fundamentos.
- Ministerio de Salud. (2015). *Lineamientos Técnicos para el desarrollo de círculos educativos con adolescentes embarazadas* [Documento en línea] San Salvador, El Salvador. Disponible en:
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_circuitos_educativos_con_adolescentes_embarazadas.pdf
- Molina, M., (2004). *Embarazo en la adolescencia y deserción escolar* [Documento en línea] Santiago, Chile. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/283/28322503006.pdf>

- Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: guía práctica de los padres y educador* (1ºEd.) México: Pax México.
- Namakforoosh, M. (2011). *Metodología de la Investigación*. (2º ed.), México: Limusa
- OPS y OMS. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. [Documento en línea] Antigua Guatemala, Guatemala. Disponible en: http://www.carlaantonelli.com/salud_sexual.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *El embarazo en la adolescencia*. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Pérez, A. y Reinoza, M. (2011). *El educador y la familia disfuncional*, [Documento en línea] Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35622379009.pdf>
- Ruland, C. (2008). *Abstinencia y retraso del inicio de la actividad sexual en la juventud* [Documento en línea] Estados Unidos. Disponible en: https://www.k4health.org/sites/default/files/abstinence_spa.pdf
- Salazar, B., Álvarez, E., y Otras. (2006). *Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente* [Documento en línea] Cuba. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san07306.htm
- Sonet, D. (2000). *Su primer beso. La educación afectiva de los adolescentes*. España: SAL TERRAE.
- Suárez. T. (2007). *Sexualidad y educación. Un proyecto a construir*. (2º Ed.) Argentina: Santa Fe.

Torrens, R. y Martínez, C. (2003). *Enfermería de la Mujer*. Madrid, España: Difusión avances de enfermería (DAE, S.L.).

Torrens, R. y Martínez, C. (2012). *Enfermería obstétrica y Ginecológica* Barcelona, España: DAE (Grupo paradigma)

UNFPA. (2015). *Mapa de embarazos en niñas y adolescentes en El Salvador*, [Documento en línea] El Salvador. Disponible en: <http://elsalvador.unfpa.org/publicaciones/mapa-de-embarazos-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-en-el-salvador-2015>

Vallejo, J. (2013). *Embarazo en adolescentes. Complicaciones*. [Documento en línea] Costa Rica Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>

Santamaría, M. (2010). *Saber amar con el cuerpo* 9º Edición.

Shutt-Aine, J. Maddaleno, M. (2003) *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas*. OPS, Washington, D.C. Estados Unidos.

ANEXO

Anexo 1. Cronograma.

Actividad	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Duración	2016										2017			
					FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Elaboración del protocolo de investigación	Laura Hernández. Rosa Perdomo.	12 de febrero 2016	30 de octubre 2016	90 días	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Asesorías	Lcda. Sandra Martínez	12 de febrero 2016	30 de noviembre 2016	6 días	X	X	X	X			X			X				
Autorización del estudio por parte de la Región de Salud.		13 de febrero 2017	26 de febrero 2017	13 días													X	
Recolección de datos	Laura Hernández. Rosa Perdomo.	1 de marzo 2017	8 de marzo 2017	8 días														X
Análisis e interpretación de datos	Laura Hernández. Rosa Perdomo.	9 de marzo 2017	10 de marzo 2017	1 días												X	X	X
Entrega de Informe preliminar de resultados de la investigación	Laura Hernández. Rosa Perdomo.	10 de marzo 2017	11 de marzo 2017	2 día														X
Informe final de los resultados de la investigación	Laura Hernández. Rosa Perdomo.	12 de marzo 2017	13 de marzo del 2017															X

Anexo 2. Presupuesto

RUBRO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
Resma de Papel Bond	2	\$3.50	\$7
Lapiceros	4	\$0.20	\$0.80
Lápiz	2	\$0.15	\$0.30
Borrador	2	\$0.25	\$0.50
Internet	35	\$0.50	\$17.50
Impresiones	40	\$0.10	\$4
Transporte	8	\$10	\$20
Empastado	4	\$6	\$24
Cds	4	\$0.75	\$3
Laptop	2	\$300	\$600
Calculadora	1	\$3	\$3
Tabla de Apoyo	2	\$2.50	\$5
Copias	300	\$0.03	\$9
Subtotal		\$326.98	\$694.10
Imprevistos 10%		\$32.70	\$69.41
Total		\$359.68	\$763.51

Anexo 3. Asentimiento informado

Universidad Dr. José Matías Delgado
Facultad de Ciencias de la salud
Dr. Luis Edmundo Vásquez
Escuela Superior de Enfermería
Tel: 2516-6822

Asentimiento Informado

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL AUMENTO DE CASOS DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD

Hola mi nombre es Laura Hernández/ Rosa Perdomo nosotras somos estudiantes de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Dr. José Matías Delgado.

El motivo de esta investigación es para conocer cómo reaccionó en el momento que usted supo que estaba embarazada, cómo se sintió con su familia y amigos además si esto influyó para darte ánimos para seguir adelante.

El estudio consiste en llenar un cuestionario acerca de cómo se han sentido desde el momento en que supiste sobre tu embarazo y cómo ha ayudado tu familia y amigos para poderlo afrontar.

Su participación es voluntaria, es decir, aun cuando su papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si usted no quieres hacerlo puedes decir que no. También es importante que sepa que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder o le ofende alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Si tiene alguna pregunta acerca del cuestionario nos las puedes hacer saber.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor coloque una (X) en el cuadro de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

☐ Sí quiero participar.

Nombre de la adolescente: _____ Firma: _____

Nombre de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Firma: _____

Anexo 4. Consentimiento Informado

Universidad Dr. José Matías Delgado
Facultad de Ciencias de la salud
Dr. Luis Edmundo Vásquez
Escuela Superior de Enfermería
Tel: 2516-6822

Consentimiento Informado

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL AUMENTO DE CASOS DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD

Hola mi nombre es Laura Hernández /Rosa Perdomo nosotras somos estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Dr. José Matías Delgado.

La participación de su hija en el estudio consiste en llenar un cuestionario acerca de cómo se ha sentido desde el momento en que supo que estaba embarazada, cómo ha ayudado tu familia y amigos para poderlo afrontar.

El estudio es voluntario, es decir, si su hija no quiere contribuir para esta investigación no está obligado hacerlo. Es una decisión tanto de ustedes como de su hija si participa o no en el estudio. También es importante que sepa que, si su hija en un momento dado ya no quiere continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quiere responder o le ofende alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Si tienen alguna pregunta acerca el cuestionario nos las puedes hacer saber.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si acepta a que su hija participe en esta investigación, le pido que por favor coloque una (X) en el cuadro de abajo que dice “Sí autorizo a que participe” y escribe el nombre de su hija. Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

☐ Sí autorizo que participe mi hija _____
Nombre del padre o/y de la madre: _____ Firma: _____
Nombre de la persona que obtiene el asentimiento: _____
Firma: _____

Anexo 5. Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LAS UCSFE UNICENTRO Y UCSFI SOYAPANGO

Identificación

Nombre del encuestador: _____
Fecha: _____ Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____
Establecimiento de salud: _____

Objetivo

Recolectar información acerca de los factores socioculturales que influyen en el aumento de casos de embarazos en la adolescencia.

Consideraciones éticas

- Puede decidir si participa o no en el estudio.
- Tiene la libertad de interrumpir y discontinuar el llenado del instrumento cuando lo desee.
- De ninguna manera, serán revelados su identidad.
- La información recolectada será manipulada únicamente por el equipo investigador; y los resultados obtenidos serán utilizados para diseñar proyectos de intervención.

Generalidades del informante

Edad: _____ Estado civil: _____ Escolaridad: _____
¿Está estudiando actualmente? _____ Situación económica: _____
¿Ha tenido que trabajar debido al embarazo? _____
Si su respuesta es “Sí”, ¿qué tipo de trabajo realiza?

¿Con quién (es) vive actualmente? _____
¿Alguna vez, fue orientada sobre sexualidad? _____
Si su respuesta es “sí”, ¿Por quién (es)? _____
¿Cuál fue la reacción de su familia, cuando se enteraron que estaba embarazada?

Desarrollo

Ítems	Alternativas de respuestas			
	1	2	3	4
Variable: Social				
Indicaciones: Señale sólo la alternativa que predomine en su situación personal antes del embarazo.				
¿Usted residía en la misma vivienda de sus padres?	Sí	No		
¿Con cuál de sus padres vivía usted?	Papá	Mamá	Ambos	Ninguno
Si usted no vivía con sus padres, ¿Con quién vivía?				
¿Usted discute frecuentemente con sus padres?				
¿Algunos de sus padres, consume cualquier tipo de droga o alcohol?	Papá	Mamá	Ninguno	
¿Usted recibió constantemente, muestras de cariño por parte de sus padres?	Siempre	Algunas veces	Nunca	
¿Sintió usted que su novio le ha dado mayor afecto que sus padres?	Por supuesto que sí	A veces	Por supuesto que no	
¿Qué tan valiosa se considera usted para sus padres o responsables?	Bastante valiosa	Un poco	Nada	
¿Siempre conversó con sus padres (o responsables) sobre el proyecto de vida y cómo lograrlo?	Siempre	Algunas veces	Nunca	
¿Desde su niñez, sus padres (o responsables) le explicaron sobre el amor y respeto a su cuerpo?	Siempre	Algunas veces	Nunca	
¿Fueron sus padres a quienes siempre acudió cuando quería consejos sobre sexualidad?	Siempre	Algunas veces	Nunca	
Variable: Afectividad				
Indicaciones: Señale solo la alternativa que predomine en su situación personal.				
¿De alguna forma, sus amigos o amigas la motivaron a tener relaciones sexocitales?	Sí	Algunas veces	No	
¿Usted inició las relaciones sexocitales para sentirse aceptada por su grupo de amigos?	Sí	No		
¿Cree que, si no hubiese tenido relaciones sexocitales con su novio, pudo haber corrido el riesgo de que él la abandonara?				
¿Usted tuvo relaciones sexocitales porque su novio se lo exigió?				

Ítems	Falso (1)	Verdadero (2)
Variable: Cultural		
Indicaciones: coloque un cheque (✓), si usted considera que la afirmación es verdadera o es falsa.		
Durante la menstruación no hay ningún riesgo de embarazo.		
La píldora del día después es un buen método anticonceptivo.		
El DIU y el diagrama sólo sirven para mujeres casadas o con pareja estable.		
La píldora anticonceptiva disminuye el deseo sexual.		
La primera vez que se realiza coito no hay riesgo de embarazo.		
La píldora puede causar esterilidad, y por supuesto engorda.		
Si se realiza el coito de pie es imposible que pueda producirse un embarazo.		
Las duchas vaginales son un método anticonceptivo.		
El condón causa insensibilidad y no permite un buen disfrute del coito.		
Los métodos naturales (calendario, temperatura basal, moco cervical...) son muy eficaces.		

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada Unicentro

Anexo 7. Mapas Geográficos UCSFSI

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Soyapango

